



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

AMANDA MARTINS
DÉBORA SCHEIDT
LARISSA ROCHA

**SENTIMENTOS PATERNOS RELACIONADOS COM A
HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO EM UMA UTI NEONATAL**

FLORIANÓPOLIS
2011

AMANDA MARTINS

DÉBORA SCHEIDT

LARISSA ROCHA

**SENTIMENTOS PTERNOS RELACIONADOS COM A
HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO EM UMA UTI NEONATAL**

Trabalho de conclusão de curso, referente à
disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162)
do Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. MARISA MONTICELLI

FLORIANÓPOLIS
2011

AMANDA MARTINS

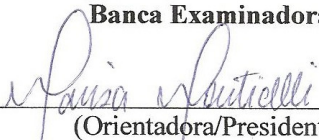
DÉBORA SCHEIDT

LARISSA ROCHA

SENTIMENTOS PATERNOS RELACIONADOS COM A HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO EM UMA UTI NEONATAL

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

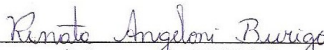
Banca Examinadora



(Orientadora/Presidente)



(Supervisora/Membro Titular)



(Mestranda PEN/Membro Titular)

Florianópolis, 02 de dezembro de 2011.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 37219480 - 37219399 Fax (048) 37219787 - E-mail: nfr@ccs.ufsc.br



DISCIPLINA INT 5162 ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

PARECER FINAL DA ORIENTADORA SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Este Trabalho de Conclusão de Curso faz parte das atividades curriculares que os acadêmicos de Graduação em Enfermagem da UFSC precisam desenvolver, para integralizar as competências necessárias ao seu processo de formação profissional universitária. Foi orientado por mim, em cooperação direta com a supervisão dos enfermeiros da Unidade Neonatal do Hospital Universitário da UFSC, Roberta Costa e Márcia Borck.

Desde o início do processo de “gestão de ideias” sobre a pesquisa, as alunas Amanda, Débora e Larissa se comprometeram com o empreendimento acadêmico, responsabilizando-se pela condução de todos os seus passos, desde o esboço da proposta inicial, o envio ao Comitê de ética, a atenta e complexa coleta de dados, a interpretação e análise das informações processadas, até a socialização dos resultados junto à Disciplina/Curso e também na Unidade Neonatal onde a investigação foi desenvolvida. No decorrer do processo, mantiveram-se atentas às demandas científicas, humanísticas e assistenciais que ocorreram durante o Estágio Supervisionado II.

Os resultados obtidos, certamente, trarão contribuições ao cenário de cuidados neonatais, às famílias que procuram a maternidade do HU para terem os seus filhos, aos profissionais de saúde que se preocupam com a assistência pluridimensional aos neonatos e, especialmente, contribuirão para a inclusão dos homens-pais, no desempenho da “paternagem” aos filhos recém-nascidos que necessitam de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Florianópolis, 09 de dezembro de 2011.


Marisa Monticelli

*“Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais.*

*Hoje me sinto mais forte
Mais feliz quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei, que nada sei.
[...]*

*É preciso amor pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir.*

*Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a massa,
Ir tocando em frente.*

*Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Vou tocando os dias
Pela longa estrada eu vou, estrada eu sou.*

*Todo mundo ama um dia
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
No outro vai embora*

*Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
De ser feliz.”*

(Tocando em frente - Composição: Almir Sater e Renato Teixeira)

AGRADECIMENTOS

Durante toda essa longa caminhada, muitas pessoas acreditaram em nossos sonhos, incentivando-nos a seguir adiante. Então, gostaríamos de expressar nossos agradecimentos:

Ao curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, seus professores e colaboradores, pelos ensinamentos a nós transmitidos, assim como as oportunidades de estágios oferecidas, a fim de promover o nosso crescimento profissional e pessoal, promovendo a realização do sonho de sermos Enfermeiras.

À nossa orientadora, Prof^ª Dr^ª Marisa Monticelli, pelos conhecimentos a nós oferecidos, dando mais rigor e concretização para este processo.

Ao Hospital Universitário e à equipe multidisciplinar da maternidade, que luta pela concretização das diretrizes e políticas públicas na prestação de assistência aos neonatos e suas famílias, fundamentadas em pressupostos filosóficos que respeitam os usuários, além de atuar continuamente para que a assistência seja de qualidade.

Às supervisoras, Enf^ª Dr^ª Roberta Costa e Enf^ª MSc. Márcia Borck, que participaram do nosso cotidiano, suprimindo nossas dúvidas e oportunizando situações na prática assistencial e gerencial de enfermagem, que nos proporcionaram crescimento profissional.

À equipe de enfermagem que esteve conosco e que se manteve lado a lado, nos motivando a buscar conhecimentos, e por todos os momentos de descontração que tivemos ao longo desta jornada.

Às famílias dos recém-nascidos, por permitirem a nossa assistência, compreendendo nossos papéis como acadêmicas na Unidade. Aos homens-pais que foram fonte de motivação para a nossa pesquisa e, principalmente, aos bebês que foram inspiração para a nossa dedicação no último estágio curricular de nossas vidas. Diante desta satisfação do convívio com a Neonatologia, pretendemos dar continuidade à construção de conhecimentos nesta área.

Aos nossos familiares, que compreenderam os períodos em que estivemos ausentes, a dedicação integral à faculdade, os momentos de fraquezas nos longos períodos de estudos e finais de semestres.

Aos amigos e namorado/noivo, que estiveram próximos e que acompanharam toda a nossa jornada, com os quais compartilhamos nossos medos, angústias e indecisões, mas também momentos de felicidades e conquistas, nos incentivando e motivando a nossa caminhada.

Por todas essas razões, gostaríamos de deixar registrada nossa admiração, carinho e agradecimento, de coração.

MARTINS, Amanda; SCHEIDT, Débora; ROCHA, Larissa. **Sentimentos paternos relacionados com a hospitalização do filho em uma UTI Neonatal**. 2011. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ORIENTADORA: Profa Dra. Marisa Monticelli

RESUMO: Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, de agosto a novembro de 2011, com o objetivo de compreender os sentimentos paternos relacionados à internação do filho nesta Unidade. A investigação contou com o aporte teórico da Teoria do Apego. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 homens-pais, e os critérios de inclusão abrangeram: a) autodenominar-se como “pai”, independente de ser ou não o genitor; b) ter tido o filho internado na UTIN, independente de o mesmo já ter tido alta para outras dependências da Unidade Neonatal (como setor de cuidados intermediários, alojamento “Canguru”, etc.); c) ter mais de 18 anos; e d) gozar de plenas faculdades mentais, com requisitos cognitivos para responder às perguntas da entrevista. Todos os que foram convidados, aceitaram participar. Os dados foram analisados por meio da apreensão, síntese, teorização e recontextualização. A idade dos entrevistados variou entre 21 e 35 anos, sendo que mantinham as seguintes relações pessoais com as mães dos bebês: quatro maridos e seis companheiros (uniões estáveis). Desses, sete estavam tendo o primeiro filho, dois o segundo filho, e um, tendo o quinto e o sexto filhos (gemelares). Quanto à escolaridade, houve predomínio do segundo grau completo, e quanto à naturalidade, a maioria era procedente do interior do Estado. Todos os pais entrevistados eram biológicos e o intervalo de tempo do dia da internação do bebê na UTI neonatal até o dia da entrevista variou entre segundo dia e o quadragésimo dia. Após a análise dos dados obtidos, emergiram cinco categorias: “A hora da notícia”; “A entrada na UTI pela primeira vez”; “O primeiro contato direto com o filho na UTI”; “Sentimentos durante a permanência”, e “Expectativas futuras”. Após a análise minuciosa das entrevistas, conclui-se que o exercício da paternalidade pode ocorrer positivamente, se o pai tiver apoio para exercer sua espiritualidade, se contar com o apoio genuíno da equipe e da instituição hospitalar, assim como se sentir valorizado em seus pequenos gestos e atitudes com relação ao cuidado do filho. Os ajustes necessários à vivência desse papel social, vão sendo tecidos em consonância com tais suportes.

Descritores: Relações pai-filho. Afeto. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recém-nascido. Enfermagem neonatal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO: A FORMAÇÃO DO APEGO SOB O OLHAR DA PSICOLOGIA	14
3 METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de estudo.....	21
3.2 Local e contexto do estudo	22
3.3 Sujeitos do estudo	24
3.4 Técnicas de coleta de dados	26
3.5 Registro e documentação dos dados	26
3.6 Plano de análise dos dados	28
3.7 Questões éticas	29
4 RESULTADOS	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	58
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
Apêndice B - Roteiro-guia para entrevista	67
Anexo 1 - Aprovação do Comitê de Ética	70

1 INTRODUÇÃO

É na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) que os Recém-Nascidos (RNs) prematuros, de baixo peso e/ou em condições críticas de saúde, recebem os cuidados apropriados para a recuperação clínica ou para auxiliar na completa maturação dos sistemas corporais. Nesse cenário de cuidado, são assistidos por uma equipe de saúde especializada, que vai agir minimizando os efeitos deletérios, além de serem constantemente monitorados, a fim de manter a estabilidade necessária para garantir as funções vitais.

Com o avanço da medicina, em geral, e da Neonatologia, em específico, cada vez mais novas tecnologias de ponta são incorporadas na assistência ao RN. No entanto, essa incorporação pode, em algumas situações, transformá-lo em um objeto de cuidado, e seus pais, em meros observadores, como vem sendo apontado por alguns estudiosos da área (MINUZZI et al., 2008; GUIMARÃES, MONTICELLI, 2007). Em face dessa possibilidade, é imprescindível que o aparato tecnológico seja aplicado em parceria com uma filosofia assistencial que promova a família como unidade de cuidado e que o RN seja reconhecido enquanto sujeito, com individualidades e demandas pluridimensionais (GOODING et al., 2011; GUIMARÃES, MONTICELLI, 2007; BRAGA, MORSH, 2004; LAMY, GOMES, CARVALHO, 1997).

As políticas públicas brasileiras têm incentivado esse acolhimento às famílias e auxiliado profissionais, equipes, programas e instituições a avançarem nessa perspectiva assistencial, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde, como é o caso do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000a) e do Método Canguru (BRASIL, 2000b; 2011). Nessas políticas, alguns dos princípios relacionados à inclusão familiar na assistência neonatal dizem respeito à oferta de um cuidado mais amplo e integral, permitindo que o ambiente onde seja prestada a assistência se torne o mais parecido possível com o cotidiano dessas famílias, através da flexibilidade do tempo de internação da gestante, puérpera (mulher) e do neonato, pelo período que for mais propício para a atenção a todas as suas demandas e o direito à participação dos pais e demais familiares, sem restrições de horários (BRASIL, 2000b).

Entretanto, de nada adianta a inclusão ser o principal requerimento impresso na base dessas políticas se, na prática, ela não for efetivada. Daí a importância das relações entre os profissionais da UTIN e as famílias dos RNs – é nessa “ponta” do sistema que deve acontecer a operacionalização de tais políticas, uma vez que filosofias de atenção à saúde, bem como

políticas de saúde, de modo geral, somente são materializadas quando as ações dos diversos atores sociais são postas em evidência, no cotidiano dos serviços e das organizações (MONTICELLI et al., 2010; TANAKA, MELO, 2000).

Portanto, é de extrema relevância a interação genuína entre a equipe de saúde e os familiares do RN hospitalizado, e quanto mais ampliado for o escopo dessa relação e realizada de forma multidisciplinar, melhores serão as chances de minimização dos sofrimentos envolvidos nesta experiência, já que as famílias, muitas vezes, não conseguem superá-la sozinhas (LIMA; LIMA; ROCHA, 2004).

Na experiência de Reichert, Lins e Collet (2007), a equipe de saúde e, particularmente, a Enfermagem, deve interagir cotidianamente com a família do RN internado, para melhor ajudar na reorganização da experiência que a mesma está vivenciando, visto que isso propicia o incremento do apego pais/família e bebê, trazendo benefícios ao processo de recuperação clínica e ao desenvolvimento neurológico do neonato. Para essas autoras, a promoção de tais laços afetivos viabiliza, inclusive, que os pais relatem seus sentimentos relacionados à experiência. Mittag e Wall (2004), nesta mesma perspectiva, referem que a chegada de um bebê em condições críticas de saúde, faz com que a família entre em crise e leve muito tempo para se restabelecer.

Quando o bebê, que acabou de nascer, é internado numa UTIN, esta questão é exacerbada, pois a família, além de enfrentar a perda da criança idealizada, se depara com a necessidade de obedecer a normas e rotinas de um setor que, quase sempre, causam medo e insegurança, trazendo sentimentos de angústia, dúvidas acerca do prognóstico e dificuldade na aceitação da separação e condição do filho (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; MITTAG, WALL, 2004). Esse contexto pode levar ao afastamento da criança, ao invés da proximidade desejada e requerida. É por isso que a família acaba na berlinda entre sentimentos de esperança e de medo, conforme as palavras de Reichert, Lins e Collet (2007, p. 5):

[...] esperança, por saber que este é um local preparado para atender melhor o seu filho e aumentar as chances de sobrevivência. Medo, por saber dos riscos inerentes aos pacientes que vão para tal ambiente, e ainda, sentimentos de frustração, por não estarem, em geral, preparados para esta separação.

Essa família sensibilizada, incluída no ambiente hospitalar, pode propiciar ao bebê sentimentos fraternos e de inclusão familiar, como através do exercício da parentalidade, transmitida pelos outros membros da família – irmãos e avós (BRAGA; MORSH, 2004), particularmente. Através da nossa prática, constatamos que, apesar da inclusão da família

ampliada nos cuidados, a participação e inserção do pai e da mãe têm maior destaque, em comparação com os demais integrantes. Isso nos leva a considerar que a maternidade e a paternidade são papéis complementares e fundamentais para o processo de formação do pequeno indivíduo que acaba de chegar ao mundo. Em síntese, os estudiosos têm ressaltado que os exercícios da figura materna e da figura paterna são relevantes, e que um não substitui o papel do outro (CREPALDI et al., 2006; MONTGOMERY, 2005). Diante do exposto, ambos os papéis possuem a mesma relevância acerca da atenção que o neonato precisa.

A partir disso, a relação profissional-pais-RN auxilia no desenvolvimento do bebê e contribui minimizando os agentes nocivos ao processo de recuperação. Assim, os pais se tornam figuras ativas no cuidado ao filho, auxiliando na melhora da sua sobrevivência, sendo que a participação da mulher-mãe e do homem-pai é, inclusive, uma recomendação do Ministério da Saúde (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; BRASIL, 2000b,c; 2011).

Embora o pai e a mãe sejam considerados personagens centrais da família nas questões relacionadas ao vínculo e ao apego, ainda é à mãe que é dado mais espaço, seja nas publicações científicas (BIESBROECK, CARDIM, NASCIMENTO, 2007; SCORTEGAGNA et al., 2005; COSTA, 2004), nos princípios filosóficos e operacionais que embasam as políticas públicas da área (BRASIL, 2000a,b), ou nas teorias relacionadas ao vínculo e ao apego entre pais e bebês (BOWLBY, 2002; KLAUS, KENNEL, 1993), ainda que seja descrito que o homem-pai pode substituir a mãe. Tais estudos estão, ainda, muito focados na díade mãe/bebê e percebem o pai como um colaborador, o “porto seguro” da mãe (WALDOW, 2007).

Scortegagna et al. (2005), por exemplo, tentam justificar essa assertiva, dizendo que o processo de vinculação da mãe com seu bebê começa ainda dentro de seu ventre e antes mesmo do movimento fetal, através do retrato mentalizado do mesmo. Scortegagna et al. (2005, p. 62) esclarecem que “o apego é construído a partir do processo de ligação entre o bebê e a mãe”, ou seja, há um laço natural entre os dois. Por outro lado, o pai exerce a sua função e cria esse vínculo aos poucos, a partir da interação feita com o filho no decorrer do cuidado prestado, de acordo com o “nível hierárquico” da relação pais/filhos (ABREU, 2005).

Para Montgomery (2005), no entanto, a crescente predominância da família nuclear, afastada dos parentes, e a mudança na estrutura social da classe média, em que a mulher trabalha cada vez mais fora de casa, são consequências que redefinem e enfatizam o papel participativo da figura paterna, antes e depois do nascimento dos filhos. Isso remete, na prática, às novas formas

de inclusão social do pai quanto às interações filiais. Nessa perspectiva, deveria passar de observador privilegiado do cuidado com o filho para o de mediador/colaborador na efetivação da integralidade do cuidado, rompendo este estigma cultural e exercendo a função de pai presente, sensível e afetuoso, sem culpa ou julgamentos.

Apesar dos sentimentos paternos relacionados à importância de seu papel, a realidade social tem excluído a função do pai no processo afetivo e psicológico da criança, reforçando apenas o lado de provedor. As transformações sociais vêm ocorrendo em todo o mundo, em especial, a partir da década 1960, com o fortalecimento do movimento feminista – que marca o início da inserção feminina no mercado de trabalho, em nível mundial, inclusive em áreas anteriormente masculinas – as quais afetaram a identidade de gênero e o papel paterno. Essa transformação social propiciou drásticas reformulações na identidade feminina e masculina e, conseqüentemente, nos papéis de cada um perante sua família. A visão cultural da paternidade, que impedia o homem de participar da vida doméstica, passou a ser vista dentro de um contexto social que permitia mudanças e adaptações às formas de ser pai, além de indicar o declínio do patriarcado e as mudanças nas relações parentais, tendo maior importância a tríade pai-mãe-filho (FREITAS et al., 2009). Nesse contexto quase exclusivamente feminino de cuidado ao filho, nota-se uma tendência da equipe de saúde neonatal em mostrar-se mais atenta em relação ao cuidado materno, restringindo ao homem um papel coadjuvante (ABREU, 2005).

Durante a nossa experiência, como acadêmicas de enfermagem, notamos que o homem-pai, em geral, porta-se de forma secundária em relação aos cuidados com o neonato, dando mais espaço para a atuação da mãe. Confirmando a nossa perspectiva, Ramires (1997, p.95) alega que “alguns homens, nessa fase, aceitaram uma exclusão da relação mãe-bebê, acomodando-se numa situação de não-participação nos cuidados com os seus filhos/filhas.”

Apesar da importância da participação paterna na assistência ao filho, percebemos a grande quantidade de trabalhos publicados sobre a percepção dos pais (de forma inespecífica), ou apenas da mãe, com relação ao nascimento de bebês pré-termos e/ou doentes, sendo raros os estudos referentes especificamente ao pai e a relevância desse assunto perante a estrutura familiar e a assistência integral ao RN.

Partindo desse contexto, a **interrogação** da presente pesquisa configurou-se da seguinte maneira: quais os sentimentos do pai frente à hospitalização do filho em uma Unidade de Terapia

Intensiva Neonatal? Com isso, a investigação teve por **objetivo** compreender os sentimentos paternos relacionados à internação do filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

O desenvolvimento da pesquisa foi feito durante o Estágio Supervisionado II, no oitavo período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como parte dos requisitos para a conclusão do curso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: A FORMAÇÃO DO APEGO SOB O OLHAR DA PSICOLOGIA

Bowlby (2002) esclarece que, na Psicologia, existem quatro teorias que descrevem a natureza e a origem do apego. A primeira é denominada Teoria do Impulso Secundário ou Teoria do Amor Interesseiro das Relações Objetivais, em que a criança possui algumas necessidades fisiológicas que devem ser satisfeitas, dentre elas, de alimento e de repouso. Na medida em que um bebê se torna ligado ou próximo aos seus pais, atribui a estes como sendo a fonte que supre algumas de suas necessidades, proporcionando satisfações. A segunda, intitulada Teoria da Sucção do Objeto Primário, refere que há instintivamente no recém-nascido o ato de relacionar-se com o seio humano, de sugá-lo e possuí-lo oralmente. Aos poucos o bebê identifica que ligado a ele está sua mãe e, portanto, também passa a interagir com a mesma. Neste momento o autor atribui o papel materno como sendo responsiva aos instintos de seu filho. A terceira, denominada Teoria da Adesão ao Objeto Primário infere que o contato físico com o ser humano é outra propensão inata do bebê, havendo desta forma uma “necessidade” independente daquelas relacionadas ao alimento e ao conforto, e na quarta, Teoria do Anseio Primário de Retorno ao Ventre, argumenta que, ao sair do ventre materno, o recém-nascido resente sua expulsão e busca retornar ao mesmo.

Bowlby (2002), um dos estudiosos criadores da Teoria do Apego, na área da Psicologia do Desenvolvimento, considera que este termo, de modo amplo, significa relações de afeto, independente do tipo de expressão que é adotado pelos sujeitos envolvidos. Deste modo, podemos dizer que qualquer representação de afeto é realmente afeto, se assim for considerado pelas pessoas envolvidas, ou seja, não há maneira “certa” ou “errada” de se mostrar sentimentos positivos em relação a alguém; há, sim, diferentes formas de expressão, que ganham sentido dentro do contexto em que são manifestadas.

Em linhas gerais O APEGO ou VÍNCULO tem sido concebido como um relacionamento ímpar entre duas ou mais pessoas, específico e duradouro ao longo do tempo, expressado através de cuidados, sentimentos, preocupações e afeições. Trata-se de um processo de enorme complexidade, seja pela densidade de emoções e subjetividades envolvidas, ou pelo fato de sofrer influências de fatores ambientais, culturais e de outras ordens (MONTICELLI, 2008).

Trata-se de um laço original, sendo a principal fonte para todas as ligações subsequentes, repercutindo, pois, num relacionamento formativo, no decorrer do qual a criança desenvolve um sentido de si mesma e os pais aprendem a afeiçoar-se, solidificando tais sentimentos, com o passar do tempo. O apego não é, por conseguinte, um processo mágico, mas algo que se aprende e se conquista, assumindo um sentido de responsabilidade de um para com o outro, sujeito a diferentes formas de adaptações (MONTICELLI, 2008).

Bowlby (2002) refere também que o apego do bebê para com seus pais é fruto da atividade de certo número de sistemas comportamentais. Sendo assim, quando os pais, por exemplo, apresentam um comportamento que propicia contato com o filho através do toque, da fala, do contato olho-no-olho, do odor, do calor, da emanção de sons, dentre outros, estão, certamente, desenvolvendo apego.

Para o pai e a mãe que tiveram seus filhos prematuramente, o desenvolvimento do apego é menos suave e calmo, mas o resultado final pode ser compensador, uma vez que o esforço para superarem os obstáculos pode ser uma força rumo ao efetivo estabelecimento do apego entre a tríade (BRAZELTON, 1988). Esta premissa também é válida nas situações em que a criança vem ao mundo com problemas sérios de saúde, independente de ser ou não prematura.

Além do mais, em todo este processo de formação do apego, alguns fatores podem interferir. Estes fatores podem estar ligados aos antecedentes familiares, tais como o cuidado que os pais receberam de seus pais, a cultura, as relações familiares, a herança genética, o transcorrer da gestação atual, assim como as vivências de gestações anteriores (caso tenham ocorrido). Podem também estar ligados às práticas assistenciais, por meio do comportamento demonstrado pelos profissionais da equipe, a atenção que a família recebeu durante o trabalho de parto e o parto, além da separação que pai e mãe tiveram com o recém-nascido, forçosamente, após o nascimento, devido ao estado crítico do mesmo (KLAUS; KENNEL, 1993).

Winnicott (2001) reforça os sentimentos dos pais, durante este período de crise familiar, afirmando que:

[...] os pais têm sentimentos muito diferentes, e agem de modo diferente, em relação a cada um dos filhos. Muito disso depende do relacionamento dos pais na época da concepção, durante a gravidez, quando do nascimento e depois. A gravidez pode ter efeitos vários para o marido; em alguns casos extremos, este desapega-se da mulher quando ela fica grávida; por vezes, ele se aproxima mais dela. Em todos os casos ocorre uma alteração no relacionamento entre os pais, alteração essa que, amiúde, assume a forma de um grande enriquecimento em um aprofundamento do sentido de responsabilidade de um para com o outro (WINNICOTT, 2001, p. 63).

O autor também adiciona que as crianças, desde muito cedo, são capazes de defender-se contra a insegurança; nas primeiras semanas e meses, porém, estão frágeis como pessoas, de forma que, sem apoio, têm seu desenvolvimento distorcido pelas circunstâncias desfavoráveis, dentre estas o nascimento prematuro. O recém-nascido que conheceu a segurança nesse primeiro momento, passa a levar consigo a expectativa de que não será “decepcionado” (WINNICOTT, 2001).

Na busca pela formação precoce do apego, os pais que tiveram o nascimento de um filho pré-termo, de baixo peso ou em situação crítica de saúde precisam superar alguns sentimentos (medo, culpa, incapacidade), passando pelo enfrentamento do processo de luto. Este sentimento é em decorrência da perda do bebê imaginário e idealizado. Na maioria das vezes, esses pais sentem-se culpados por não terem conseguido findar o tempo considerado ideal de gestação, não terem tido um filho a termo. Daí a importância da busca do contato destes pais com o seu bebê, o mais precoce possível. De acordo com os estudiosos da área, esta aproximação favorecerá, de forma gradual, o estabelecimento do apego (KLAUS, KENNEL, 1993; WINNICOTT, 2001; GUIMARÃES, 2006; GUIMARÃES, MONTICELLI, 2007).

O contexto em que os pais estão inseridos, bem como o ambiente físico, é considerado artefato na transformação do comportamento dos mesmos. Embora o bebê venha ao mundo, planejado para apegar-se a um cuidador, torna-se fundamental que este seja responsivo e disponível para o desenrolar do estabelecimento deste apego. Por isso, é indispensável a boa relação entre a equipe multiprofissional e os pais pois, dessa forma, estes se sentirão mais à vontade para permanecer na unidade neonatal, facilitando assim o desenvolvimento da criança e reforçando o processo de formação dos laços afetivos (MOURA, RIBAS, 2001; GUIMARÃES, MONTICELLI, 2007).

Concordando com o exposto, Bowlby (2002), Klaus e Kennel (1993), alegam que o comportamento do ser humano é algo muito variado, sofrendo influências culturais e quase sempre é intensamente motivado, resultando no cuidado e na proteção aos filhos e no apego destes com seus pais (BOWLBY, 2002). Assim, pode-se afirmar que a inserção dos pais em um ambiente favorável propicia facilidades no desenrolar deste processo de aproximação com o filho nascido prematuramente ou de alto risco. Durante a internação deste bebê que, em sua maioria, acontece de forma prolongada, os pais precisam superar si mesmos e à situação inesperada, para

então, conseguirem, de modo gradativo e seguro, aproximações com a criança, iniciando a formação do apego (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007).

Klaus e Kennell (1993) e Brazelton (1988) esclarecem que, rumo a esta caminhada em direção a formação do apego, os pais geralmente passam por cinco estágios, sendo eles:

- **primeiro estágio:** os pais preocupam-se com as informações fornecidas pela equipe de saúde e, conforme os resultados repassados pelos profissionais, sobre a saúde do bebê, tornam-se mais corajosos ou com mais culpa e medos;

- **segundo estágio:** os pais observam o comportamento do filho, frente aos estímulos provocados por algum profissional, porém ainda não se sentem encorajados de provocar tais estímulos;

- **terceiro estágio:** percebem os movimentos responsivos do bebê ao virar-se em direção a voz ou apreender o dedo do profissional, porém ainda não se sentem seguros para prestar os cuidados ao filho;

- **quarto estágio:** os pais demonstram já estarem um pouco mais seguros; tentam produzir movimentos espontâneos em seu bebê, percebendo que seus toques acalmam a criança. Sentem-se responsáveis pelas respostas de seu bebê;

- **quinto estágio:** os pais já se sentem familiarizados com o filho e estabelecem o vínculo afetivo. Passam a cuidar e a identificá-lo como uma pessoa. Neste estágio, estão aptos a cuidarem sozinhos do bebê.

Contudo, no transcorrer do processo, nem sempre esses estágios são acessados nesta ordem ou de forma tão sistemática. Muitas vezes, como aponta Guimarães (2006), tais etapas não são percebidas nem mesmo pelos profissionais de saúde que colocam em prática as premissas contidas nas políticas públicas de incentivo à promoção do apego.

São ações empíricas e que a enfermagem, dentro da sua sensibilidade, poderia estar proporcionando aos pais o conhecimento destes momentos, para que os mesmos tenham a compreensão de que o processo rumo ao estabelecimento efetivo do apego, pode ser lento, porém possível. Assim, evidencia-se que, no processo de formação do apego, a equipe interdisciplinar tem importância fundamental na promoção, estímulo e desenvolvimento do apego entre a tríade, além de propiciar a identificação dos fatores de interferência nesta aproximação entre pais e recém-nascidos pré-termo e/ou de baixo peso (GUIMARÃES, 2006. p. 76).

A autora ainda defende que as políticas públicas têm o intuito de trabalhar com a assistência integral, onde todos os aspectos relacionados à criança, aos pais e a toda a família tem grande relevância. Essa visão tem como objetivo considerar necessidades, características e

individualidades, possibilitando mudanças de forte influência sobre a vinculação entre a tríade. Esta forma de assistência busca “valorizar e preconizar a relação dos pais com seus filhos e vice-versa, de modo precoce, mesmo no período que antecede o nascimento” (GUIMARÃES; MONTICELLI, 2007, p.13).

Para que esta realidade seja conquistada e para que os profissionais permaneçam atentos em relação ao processo de apego, Pinto (2001), baseado em Bowlby, propõe algumas tipificações que auxiliam na interpretação das interações entre os pais e o filho que acabou de nascer. Os modos de interagir devem ser observados sob três ângulos, como segue:

- **Interação comportamental** - integra aspectos observáveis através da maneira como: a) o bebê é cuidado, segurado e manipulado nas atividades de rotina e de interação seja com seus pais ou com os profissionais que prestam assistência direta; b) as interações corporais são manifestadas através do toque, do contato pele-a-pele, das carícias, dentre outras; c) as interações visuais através do contato olho-no-olho, face-na-face; d) e as interações vocais expressadas pela fala, entonação, linguagem, ritmo, incluindo o emparelhamento e a sincronicidade, em todo o processo interativo.

- **Interação afetiva** - envolve os sentimentos e as formas de expressões que os pais explicitam, bem como a interpretação dos sinais que o bebê demonstra frente à intensidade da estimulação dos pais e as repostas a estes estímulos. A harmonia nas trocas afetivas entre os três e as transformações que esta interação terá são pontos fundamentais a serem observados para a concretização do apego.

- **Interação fantasmática** - envolve as expectativas, as fantasias e as identificações dos pais para com o bebê. Mesmo antes do nascimento, os pais idealizam seu filho, buscando saber o sexo, com quem será parecido fisicamente, fazem a escolha do nome, e acreditam que irá nascer perfeito e com muita saúde. Porém, quando se defrontam com a realidade do nascimento prematuro, os pais passam por um processo de luto e para superarem esta dificuldade, necessitam auxílio para desmistificar o bebê ideal do bebê real, de modo que o processo de formação do apego progrida.

Bowlby (2002) colabora com estes indicativos responsivos de uma “boa interação”, ponderando, que há formas ainda mais específicas de comportamento, e que são altamente propícias para a formação do apego, tais como o **comportamento de assinalamento**, cujo efeito é aproximar os pais do bebê, tendo como exemplo o choro, que pode apresentar-se de diferentes

formas distintas e o **comportamento de abordagem**, cujo efeito é de aproximar o bebê dos pais, sendo exemplificado pelos movimentos de buscar e seguir, de agarrar-se à mãe ou ao pai e, mais comumente, consiste na sucção não-nutritiva ou apreensão do mamilo.

Porém, Guimarães (2006) alerta que, em virtude das diferentes formas de comportamento que podem gerar o apego, não há como classificá-lo quanto à sua intensidade. Sua variação dependerá da complexidade de fatores que gira em torno dos pais e seu bebê, incluindo ambiente, aspectos culturais, a adaptação entre eles e a situação de perda vivenciada, dentre outros. Em contrapartida, Klaus e Kennell (1993, p.21) argumentam que “a intensidade do apego reflete o grau de envolvimento com o bebê, que geralmente é maior na mãe, um pouco menos no pai, e diminui em relação aos outros membros da família”.

Assim, é essencial conhecer como se constitui o desenvolvimento do apego, para poder compreender o significado da participação de ambos os pais na assistência ao recém-nascido de risco, durante a internação na UTIN (GUIMARÃES, 2006; BARBOSA, 1999), já que “nenhuma forma de comportamento é acompanhada por sentimento mais forte do que o comportamento de apego. As figuras para as quais ele é dirigido são amadas, e a chegada delas é saudada com alegria” (BOWLBY, 2002, p.259).

A Teoria do Apego não é específica quanto ao exercício da paternalidade, uma vez que engloba o apego na parentalidade, sem distinção de papéis, embora, como já dissemos anteriormente, o foco, quase sempre, seja na figura materna. Quanto ao pai, especificamente, Klaus, Kennel e Klaus (2000) utilizam o termo “*engrossment*”, que aborda o funcionamento paterno que “surge imediatamente após o nascimento e que oferece ao homem uma poderosa resposta em relação ao seu recém-nascido, regida pela absorção, preocupação e interesse para com ele” (BRASIL, 2011, p. 37).

Oberman (1994 apud BRASIL, 2011) também disserta sobre esse conceito, referindo que o vínculo do pai com o bebê, começa mais concretamente no momento do nascimento, assim que é “liberado” o contato entre ambos. Neste momento, o pai sente-se absorvido pela presença do bebê, preocupa-se e se interessa por ele, manifesta emoções sobre seu nascimento e sente que deve agir no sentido da responsabilidade que envolve o papel paterno. Estas manifestações caracterizam o “*engrossment*”.

No Brasil, mais especificamente, políticas públicas na área de saúde da mulher e da criança têm sido elaboradas (BRASIL, 2000a; 2011), com vistas a possibilitar relações de apego

entre os recém-nascidos e suas famílias. O Método Canguru, por exemplo, tem sido estimulado nas unidades neonatais, contando com atividades de promoção do contato pele-a-pele, manutenção da estabilidade térmica, promoção da amamentação – especialmente em bebês pré-terms –, tanto no sentido de melhorar o sistema imunológico do neonato, quanto de reforçar o vínculo afetivo com seus pais, irmãos e demais membros da família ampliada, visto que essa ausência ou fragilidade relacional, ou a constante ruptura desse laço, pode acarretar em futuros distúrbios psíquicos na criança, além de dificuldades de relacionamento posteriores entre pais e filhos (BRASIL, 2000; 2011; GÓMEZ, 1990 apud GUIMARÃES, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi desenvolvida uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Segundo Guerra (2006) e Gressler (2004), a pesquisa qualitativa é um instrumento com múltiplas estratégias interrogatórias e que abre uma grande gama de formas de análise dos dados obtidos. Esse tipo de estudo é interativo e humanístico e trabalha com uma ordem cronológica, começando pela busca de dados, interpretação, argumentação, escrita e debate acerca dos resultados obtidos. Sendo assim, optamos pela pesquisa qualitativa, visto que a mesma auxilia na compreensão das relações humanas e pode ser concebida através da vivência das pesquisadoras com os sujeitos do estudo. Esta abordagem, de modo geral, nos ajudou a obter dados acerca dos sentimentos paternos e a interpretar os significados dessas manifestações frente ao filho hospitalizado em uma UTIN.

Optamos, ainda, pela realização de um estudo do tipo exploratório porque, segundo Guerra (2006), o mesmo visa obter o máximo possível de dados diferentes relacionados à pergunta de pesquisa. De acordo com Gil (1999), as pesquisas exploratórias buscam desenvolver, clarear e transformar conceitos e ideias, formando problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Procuram realizar, ampliar e modificar conceitos e ideias para posterior levantamento, de forma precisa, dos problemas já existentes, bem como suposições para estudos futuros. Apontam também possíveis soluções para a situação observada, agora de uma nova forma, proporcionando ao investigador compreender melhor o contexto da problematização, visto que o pesquisador parte inicialmente de pressupostos já existentes e se infiltra na real ocasião e sua contextualização, explorando suas limitações e buscando assim maior entendimento sobre o fenômeno em relevo.

A realização adicional de um estudo do tipo descritivo também foi escolhida, já que uma pesquisa descritiva é usada para estudar situações pouco exploradas por meio do método científico. A existência de pouca publicação de trabalhos relacionados à temática também justifica a escolha deste tipo de estudo. Esse método visou entender o contexto social do sujeito de estudo, questionada acerca das relações sociais e de poder em que o objeto de pesquisa está imerso, assim como seus sentimentos (GUERRA, 2006; GRESSLER, 2004). Contemplou, pois, o

nosso interesse de analisar o contexto social em que o homem-pai se encontrava, assim como as suas tensões acerca do momento que vivenciou.

3.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O local escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), no município de Florianópolis, Santa Catarina, no decorrer do segundo semestre, entre agosto e outubro de 2011, que foi realizado durante o Estágio Supervisionado da Oitava Fase Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem.

O Hospital Universitário localiza-se no Campus da UFSC, situado no bairro da Trindade. Foi fundado no ano de 1980 e é mantido através de recursos federais, atendendo os acadêmicos, como campo de estudo/estágio, e à própria comunidade, na oferta de serviços especializados (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2010).

O serviço materno-infantil do HU foi inaugurado em 1995, pela significativa determinação de profissionais, alunos e professores das áreas da saúde da UFSC, pelo incentivo do governo Federal e pelo empenho da administração do hospital. O HU destaca-se na atenção à saúde obstétrica e neonatal devido ao seu caráter de assistência humanizada e filosofia interdisciplinar, por ter recebido o título de Hospital Amigo da Criança, por trabalhar em conjunto com o Programa Capital da Criança, por ser um dos Centros de Referência nacionais no Método Canguru, além de outros títulos recebidos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2010). Segundo Costa (2004), no ano de 1996 a Unidade Neonatal iniciou com a implantação do Projeto Canguru. Esse projeto, à época, foi implementado e consolidado sob o suporte da política governamental brasileira, de acordo com Portaria nº 693 GM/MS (BRASIL, 2000b).

A filosofia da maternidade do HU foi implementada em 1995, junto com a abertura da maternidade. Possui 12 princípios que dizem respeito a aspectos gerais da assistência, relacionados com a integração entre os profissionais e também pelos direitos dos usuários. Seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde, a maternidade do HU/UFSC promove a assistência baseada na humanização na assistência ao parto, na garantia da presença do acompanhante, no incentivo ao parto vaginal, no aleitamento materno, no alojamento conjunto

e na redução da “cascata” de intervenções (MONTICELLI et al., 2010; AIRES, CARDINALI, 2010). Uma vez que a UTIN integra a Unidade Neonatal e esta faz parte da maternidade, tais princípios também são seguidos pelos profissionais, professores e acadêmicos da área da saúde que ali desempenham suas atividades. Um desses princípios refere explicitamente que “na atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera **a importância do papel do pai**, sua presença e participação” (BRÜGGEMANN et al., 2011, p. 128. Grifos nossos).

De acordo com informações coletadas verbalmente com algumas enfermeiras que atuam na Unidade Neonatal, as principais causas de internação dos recém-nascidos na Unidade Neonatal são prematuridade, baixo peso, infecção perinatal, desconforto respiratório e hipoglicemia. Os pais e irmãos desses bebês internados têm livre acesso, sem horários de visitas estabelecidos, devido à grande importância destes em relação ao vínculo afetivo para sua recuperação e desenvolvimento.

A Unidade Neonatal se estrutura em: sala da chefia de enfermagem, expurgo, posto de enfermagem, repouso médico, repouso de enfermagem, almoxarifado, sala de equipamentos/preparo medicações, sala de reunião, copa, vestuário, quarto para isolamento e subdivide-se em:

- Alojamento Canguru: trata-se de um espaço amplo que aloja, além dos quatro berços para os recém-nascidos que estão vivenciando a segunda etapa do Método Canguru, quatro camas para que as mães acompanhem seus bebês diuturnamente, uma lavanderia (que é exclusiva para essas mães), *solarium*, banheiros, copa, sala de atividades, sala para lazer e dois consultórios para atendimento ambulatorial dos recém-nascidos que já tiveram alta e vivenciam a terceira etapa do Método. Além da mãe, o pai também é estimulado a participar, sempre que desejar e/ou manifestar interesse.
- Cuidados Intermediários: trata-se do setor onde permanecem os bebês que necessitam adquirir peso ou que precisam de cuidados menos intensivos do que aqueles da UTIN, tais como fototerapia, antibioticoterapia, entre outros. Tais neonatos estão clinicamente mais estáveis e podem ter vindo diretamente do Centro Obstétrico, do Alojamento Conjunto, ou ainda, da UTIN, após terem recebido alta.
- Sala de Cuidados Intensivos (UTIN): é o local onde são internados os recém-nascidos pré-terms e/ou baixo peso extremos (menores de 1.500g), além daqueles com graves problemas de

saúde, os quais necessitam de assistência mais intensiva com suporte tecnológico, como monitores, respiradores, aspiradores, entre outros. Este espaço, de acordo com suas características de atenção intensiva, ainda que sejam respeitados os princípios filosóficos da maternidade para a assistência e seja o local onde se inicia a primeira etapa do Método Canguru (quando o contato mãe-bebê ou pai-bebê ainda não é contínuo e permanente), a filosofia é mais voltada para a mãe. Os recém-nascidos admitidos neste setor provêm, quase sempre, do Centro Obstétrico, onde ocorreu o parto, mas algumas vezes também advêm de transferências externas.

A unidade conta com uma equipe de profissionais composta por enfermeiras, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos neonatologistas, fonoaudiólogas, escriturário e é auxiliada pelos serviços de psicologia, nutrição, assistência social, fisioterapia e integrada com o Centro de Incentivo ao Aleitamento materno.

Assim como as demais unidades do HU, a Unidade Neonatal segue o modelo assistencial de Wanda de Aguiar Horta (Teoria das Necessidades Básicas), desenvolvendo o processo de enfermagem através do histórico, prescrição e evolução (na forma de SOAP, com dados subjetivos, objetivos, análise e plano).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram os homens que tiveram seus filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, autodenominando-se como “pais” dos recém-nascidos ali internados. Foram considerados critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais e estar gozando de plenas faculdades mentais, com possibilidade consciente de responder às perguntas que foram formuladas durante a coleta de dados. Como critério de exclusão, considerou-se os homens-pais que estiveram presentes na Unidade Neonatal, mas cujos bebês não passaram pela UTIN durante o processo de internação na Unidade Neonatal, ou seja, aqueles que foram internados nas demais dependências da Unidade (Cuidados Intermediários e/ou Alojamento Canguru).

Participaram de forma voluntária, **10 homens-pais**, mediante autorização formal, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice A**).

O perfil dos homens-pais entrevistados encontra-se no quadro 1, a seguir, juntamente com as características das companheiras e dos filhos recém-nascidos.

QUADRO 1 - Características dos pais entrevistados, de suas companheiras e dos filhos recém-nascidos que estiveram internados na UTIN. Florianópolis-SC, 2011

PAI	Pai 1	Pai 2	Pai 3	Pai 4	Pai 5	Pai 6	Pai 7	Pai 8	Pai 9	Pai 10
Número de Filhos	1	6	1	2	2	1	1	1	1	1
Idade	21	29	25	35	35	21	23	25	28	34
Profissão	Empacotador	Eletricista	Soldador	Técnico de elevadores	Autônomo	Motorista de ambulância	Pedreiro	Estudante	Engenheiro agrônomo	Professor
Escolaridade	2º grau	8ª série	6ª série	2º grau + técnico	2º grau	2º grau completo	8ª série	Cursando 3º grau	3º grau completo	2º grau
Estado civil	Casado	União estável	Casado	União estável	Casado	União estável	União estável	União estável	Casado	União estável
Tempo de relacionamento	2 anos	6 anos	2 anos	4 anos	11 anos	6 meses	4 anos	8 anos	11 anos	7 anos
Gravidez planejada	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
MÃE	Mãe 1	Mãe 2	Mãe 3	Mãe 4	Mãe 5	Mãe 6	Mãe 7	Mãe 8	Mãe 9	Mãe 10
Idade	21	30	16	35	35	18	18	25	32	32
Número de Filhos	2	8	1	4	2	1	1	1	1	1
Via de parto	Vaginal	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Vaginal	Vaginal	Cesárea	Cesárea	Vaginal	Cesárea
Tempo decorrente do parto	2 dias	8 dias	5 dias	26 dias	7 meses	3 dias	26 dias	6 dias	3 dias	7 dias
Permanência Atual	Alojamento Conjunto	Residência	Residência	Alojamento Canguru	Residência	Alojamento Conjunto	Alojamento Canguru	Alojamento Conjunto	Residência	Hotelzinho
Bebê	RN 1	RN 2 GI RN 2 GII	RN 3	RN 4	RN 5	RN 6	RN 7	RN 8	RN 9	RN 10
Capurro	40s 2d	32s	32s	31s	26s	28s+5d	35s 2d	29s 4d	30s	39s 6d
Data de Nascimento	21 de agosto	21 de agosto	24 de agosto	23 de agosto	7 de fevereiro	26 de agosto	01 de setembro	22 de setembro	26 de setembro	27 de setembro
Problemas apresentados pelo RN	Cardiopatia fetal	PIG, hipoglicemia, icterícia	Asfixia perinatal, Desconforto respiratório à esclarecer	Pré-termo, intolerância à proteína do leite, toco traumatismo, apnéia, hipotermia, hemorragia de matriz germinativa III, leucomalácia periventricular cística	Prematuridade, extremo baixo peso, AIG, Sepsis neonatal, hipocalcemia, anemia, hemorragia de matriz germinativa, persistência do canal atrial, doença pulmonar crônica	Prematuridade, hemorragia encefálica grau IV, AIG, Baixo peso, infecção neonatal, pneumotórax, insuficiência respiratória, choque séptico, icterícia, pneumonia, cisto em pulmão.	Pré-termo, PIG, extremo baixo peso, artéria umbilical única, hemorragia grau I, hipoglicemia desconforto respiratório, sopro cardíaco, tetralogia de Fallot, policitemia.	PIG, muito baixo peso (600 gramas)	Desconforto respiratório e RNPT, pneumotórax, baixo peso, necrose de septo nasal,	Cardiopatia, conjuntivite, hipertensão pulmonar, icterícia
Tempo de UTI	6 dias	7 dias	5 dias	6 dias	45 dias	4 dias	8 dias	40 dias	28 dias	6 dias
Tempo de CI	0 dias	7 dias	0 dias	26 dias	28 dias	0 dias	6 dias	0 dias	14 dias	0 dias
Tempo de canguru	0 dias - Transferido	4 dias Alta hospitalar	0 dias Transferido	12 dias Alta hospitalar	3 dias Alta hospitalar	0 dias - Transferido	12 dias Alta hospitalar	0 dias – Transferido	4 dias Alta hospitalar	0 dias – Transferido
Principais tratamentos	O2, amoxicilina, NPP, prostin, adrenalina	Fototerapia, cafeína, protovit, sulfato ferroso, NPP	Oferta de O2, CPAP, NPP, SOG aberta, metoclopramida, protovit	Protovit, sulfato ferroso, Ca+P, cafeína, ATB, O2, fototerapia, SNG,	CPAP, ATB, protovit, cafeína, sulfato ferroso, espironolactona, ibuprofeno, furosemida, ranitidina.	CPAP, VM, ATB, ibuprofeno, fototerapia, surfactante, protovit.	PICC, CPAP, ATB, concentrado de plaquetas	CPAP, VM, SOG, Cateter umbilical PICC, ATB, NPP, SOG	PICC, CPAP, VM, vaporjet, Canula de O2, NPP, SOG, dreno de tórax,	Controle de PAM, diurético, antiemético, ATB, analgésico, oxigênio terapia, SOG, PICC, dopamina, dobutamina,

3.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas (ou focalizadas), em que o pesquisador manteve as indagações em torno de seu foco de pesquisa, reconhecendo os pontos significativos por parte do participante, sendo encerrada após a obtenção da saturação dos dados. A entrevista foi subjetiva, de forma clara, omitindo palavras ambíguas ou que não pudessem influenciar na resposta do pai do recém-nascido e ocorreu em locais onde os pais sentiram-se à vontade para falar sobre suas percepções e sentimentos (GRESSLER, 2004).

A entrevista com cada homem-pai foi realizada com base em um roteiro-guia constante no **Apêndice C** e realizada no local e no horário que foi mais conveniente ao pai, ou seja, em ambiente reservado e que permitiu um maior conforto, excluindo a possibilidade de situações externas alterarem ou influenciarem sua resposta. Para isso, foi disponibilizada uma sala de reuniões da Unidade Neonatal, porém, a pedido de dois desses pais, uma das entrevistas foi realizada em um consultório anexo e outra na própria UTIN, ao lado da incubadora onde estava o filho recém-nascido. Embora a pesquisa tenha sido desenvolvida pelas três acadêmicas de enfermagem (pesquisadoras principais), a entrevista com cada pai foi realizada sempre por uma, ou no máximo duas acadêmicas, após o aceite e a assinatura do TCLE.

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, cada pai foi informado que o tempo previsto para o diálogo variava de meia hora a uma hora (GUERRA, 2006), mas que ele poderia interromper antes de findar o prazo, por qualquer motivo, sem que necessite explicá-los às pesquisadoras.

As pesquisadoras mantiveram o respeito aos direitos dos participantes da pesquisa à independência e liberdade em aceitar ou não participar da entrevista, à governabilidade sobre qualquer atividade e/ou necessidade individual ou do núcleo familiar e também às atividades assistenciais que a equipe de saúde pudesse efetuar para a manutenção e/ou recuperação da saúde dos recém-nascidos, desde a internação até o momento da alta.

3.5 REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO DOS DADOS

Como forma de registrar os dados obtidos por intermédio da entrevista, foram previstas as gravações destas, por meio de um gravador digital, visto que se desenvolveu através de uma

conversa informal e tratou de elementos subjetivos, os quais seriam facilmente esquecidos, se não houvesse uma boa documentação de tais dados. Após gravadas, as entrevistas foram transcritas em um documento seguro que ficou disponível apenas para as pesquisadoras e a orientadora do estudo, garantido o anonimato dos pais participantes. Todos os procedimentos relacionados com referência à gravação consideraram os termos contidos no TCLE, havendo respeito às decisões dos participantes, do início ao fim da pesquisa.

O Diário de Campo foi o recurso primordial para o registro das informações coletadas por meio da entrevista. Este Diário constitui-se num caderno de anotações que foram efetuadas logo após cada interação com os homens-pais, visando garantir a fidedignidade das informações. As pesquisadoras, contudo, não efetuaram esses registros na presença dos mesmos. Nesse caderno foram registradas as informações detalhadas das vivências experimentadas ao longo do estudo, as conversas informais estabelecidas com os mesmos, os depoimentos verbalizados em qualquer momento da interação com as pesquisadoras, além do registro da entrevista conduzida de modo mais sistemático.

O registro se baseou nas sugestões apontadas por Taylor e Bogdan (1984) e por Monticelli (2003), através das **Notas de Campo**, em que foram descritos todos os aspectos relacionados com os depoimentos dos homens-pais, obtidos durante as entrevistas ou em momentos precedentes. Nas **Notas de Reflexão** foram registradas as impressões das pesquisadoras sobre as informações descritas nas Notas de Campo, tomando-se por base o referencial teórico que sustentava a pesquisa. Por fim, as **Notas Metodológicas** abrangeram as condutas das pesquisadoras, contemplando todos os passos e estratégias operacionais da pesquisa, desde a inserção no campo, até a saída. Estas notas serviram para acompanhar todo o desenrolar investigativo, desde a implementação da entrevista propriamente dita, até a atenção com as questões éticas do estudo. Nesse registro, tanto os acertos observados quanto os desafios apresentados foram levantados, com o objetivo de balizar o diálogo com a orientadora do estudo, bem como possibilitar a reflexão das pesquisadoras principais sobre suas condutas investigativas e profissionais futuras.

3.6 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita de forma progressiva, durante toda a pesquisa (GRESSLER, 2004) e realizada de acordo com a metodologia apontada por Morse e Field (apud TRENTINI; PAIM, 2004), que segue quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência.

A **etapa de apreensão** teve início com a coleta das informações e com a sua organização, que, como já se descreveu anteriormente, foi sistematizada através de Notas de Campo (relato das informações obtidas nas entrevistas), Notas de Reflexão (relato das percepções das pesquisadoras sobre as interações com os homens-pais) e Notas Metodológicas (relato das estratégias utilizadas com auxílio na coleta de informações).

A **etapa de síntese** consubstanciou-se em realizar leituras aprofundadas das informações qualitativas obtidas, culminadas com categorizações ou unidades de significado que permitiram construir uma ampla visão sobre o fenômeno observado, procurando responder, com o rigor necessário, à pergunta da pesquisa. Esta etapa permitiu que as pesquisadoras se familiarizassem com as vivências experienciadas durante a permanência no campo. Exigiu que o pesquisador retornasse constantemente ao seu referencial teórico e às suas perguntas de pesquisa e aos objetivos, visando manter o foco da análise. O uso de cores diversificadas foi utilizado como marcadores das categorias analíticas que iam sendo depreendidas das entrevistas.

A **etapa de teorização**, por sua vez, levou-nos a analisar com profundidade as informações obtidas, mantendo sua interpretação no esteio do referencial teórico adotado, o que dependeu intensamente da síntese anteriormente realizada. A sustentação de tal interpretação também foi ancorada pela literatura específica sobre a temática, ou ainda, por publicações que não tratavam diretamente sobre o tema, mas que possuíam alguma interface com o objeto de nosso estudo.

Por fim, na **etapa de transferência**, os resultados obtidos foram compartilhados, de forma a responder à pergunta de pesquisa, apontando, ainda, congruências e divergências encontradas na literatura já existente sobre o tema pesquisado.

3.7 QUESTÕES ÉTICAS

Para assegurar aos sujeitos da pesquisa a proteção dos seus direitos, adotamos os princípios de beneficência, não maleficência, justiça, equidade e autonomia, descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que disserta e regulamenta pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996), e respeitamos os princípios do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem durante todo o processo de estudo.

Os participantes da pesquisa não correram riscos biológicos ou sociais e os benefícios a eles foram priorizados, além de terem garantido o anonimato e sigilo das informações fornecidas. Também não foi utilizado nenhum tipo de placebo.

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e, somente após a sua aprovação, é que foram iniciados os procedimentos relacionados às atividades de coleta de dados. A aprovação ocorreu sob protocolo n° 2195/2011 (**Anexo A**).

A pesquisa foi respaldada por meio do consentimento do Hospital Universitário Polydoro Ernani e da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido por parte dos homens-pais. Os participantes, mesmo sendo alertados de que poderiam se negar a participar da pesquisa, assim como desistir em qualquer fase da coleta de dados, permaneceram colaborativos e interessados em responder aos questionamentos da pesquisa. Além disso, foi mantido o direito de livre acesso aos resultados obtidos por parte das pesquisadoras.

Os homens-pais receberam individualmente todas as orientações referentes ao projeto, dando oportunidade para que lessem, se desejassem. Também foi dada oportunidade para que assinassem os TCLEs (**Apêndice A**), sendo que uma cópia ficou em seu poder, e a outra, com as pesquisadoras.

Os pais participantes não tiveram seus verdadeiros nomes transcritos em nenhum documento e/ou pronunciados em qualquer gravação, mantendo-se o anonimato.

4 RESULTADOS

De acordo com as regulamentações acadêmicas da Disciplina INT 5162 – “Estágio Supervisionado II”, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, os resultados da investigação serão apresentados sob a forma de um manuscrito a ser encaminhado para publicação, e sua formatação segue as normas da ABNT.

SENTIMENTOS PATERNOS RELACIONADOS À HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO EM UMA UTI NEONATAL*

Amanda Martins^I; Débora Scheidt^I; Larissa Rocha^I; Marisa Monticelli^{II}

^I Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Participantes do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR).

^{II} Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da UFSC. Vice-líder do GRUPESMUR.

RESUMO: Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, de agosto a novembro de 2011, com o objetivo de compreender os sentimentos paternos relacionados à internação do filho nesta Unidade. A investigação contou com o aporte teórico da Teoria do Apego. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 pais e, os dados, analisados por meio da apreensão, síntese, teorização e recontextualização. O exercício da paternidade pode ocorrer positivamente, se o pai tiver apoio para exercer sua espiritualidade, se contar com o apoio genuíno da equipe e da instituição hospitalar, assim como se sentir valorizado em seus pequenos gestos e atitudes com relação ao cuidado do filho. Os ajustes necessários à vivência desse papel social, vão sendo tecidos em consonância com tais suportes.

Descritores: Relações pai-filho. Afeto. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recém-nascido. Enfermagem neonatal.

ABSTRACT: Qualitative research, exploratory and descriptive, held in the Neonatal Intensive Care Unit, University Hospital, Federal University of Santa Catarina, from August to November 2011, in order to understand the paternal feelings related to the hospitalization of the child in this Unit. The investigation relied on the theoretical contribution of the attachment theory. Semi-structured interviews were conducted with 10 fathers, and the data analyzed by the seizure, summary, theorizing and recontextualization. The exercise of parenthood may occur positively, if the father has support to exercise their spirituality, if it receives the genuine support of the team and the hospital, as well as feel valued in their small gestures and attitudes toward child care. The adjustments to the experience of this social role, are constructed in accordance with such media.

Keywords: Father-child relations. Affect. Infant, Newborn. Neonatal nursing.

RESUMEN: Investigación cualitativa, exploratorio-descriptiva, realizada en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina, desde agosto hasta noviembre de 2011, con el propósito de comprender los sentimientos paternos relacionados a la internación del hijo en esta Unidad. La investigación contó con el aporte teórico de la Teoría del Apego. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con diez padres y, los datos, analizados por medio de la aprehensión, síntesis, teorización y recontextualización. El ejercicio de la paternidad puede ocurrir positivamente, si el padre tiene apoyo para ejercer su espiritualidad, si contar con el soporte genuino del equipo y da la

institución hospitalaria, así como sentirse valorado en sus pequeños gestos y actitudes con relación al cuidado del hijo. Los ajustes necesarios a la vivencia de este papel social, van siendo tejidos en consonancia con tales soportes.

Descriptor: Relaciones padre-hijo. Afecto. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recién nacido. Enfermería neonatal.

** Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido como requisito parcial para integralização do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC*

AUTOR CORRESPONDENTE: Larissa Rocha. Rua Bernardino Prudêncio de Amorim, nº 392. CEP: 88160-000. Biguaçu. Santa Catarina. Fone: (48) 3296-7756 Email: Laryssa_rr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

É na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) que os Recém-nascidos (RNs) prematuros, de baixo peso e/ou em condições críticas de saúde, recebem os cuidados apropriados para a recuperação clínica, ou para auxiliar na completa maturação dos sistemas corporais. Nesse cenário de cuidado, são assistidos por uma equipe de saúde especializada, que vai agir minimizando os efeitos deletérios, além de serem constantemente monitorados, a fim de manter a estabilidade necessária para garantir as funções vitais.

Com o avanço da medicina e da especialidade neonatal, cada vez mais novas tecnologias de ponta são incorporadas na assistência ao RN. No entanto, essa incorporação pode, em algumas situações, transformá-lo em um objeto de cuidado, e seus pais, em “meros” observadores (MINUZZI et al., 2008; GUIMARÃES, MONTICELLI, 2007). Em face dessa possibilidade, é imprescindível que o aparato tecnológico seja aplicado em parceria com uma filosofia assistencial que promova a família como unidade de cuidado e que o RN seja reconhecido enquanto sujeito, com individualidades e demandas pluridimensionais (GOODING et al., 2011; GUIMARÃES, MONTICELLI, 2007).

As políticas públicas brasileiras têm incentivado esse acolhimento às famílias, auxiliando profissionais, equipes, programas e instituições a avançarem nessa perspectiva assistencial. A inclusão familiar na assistência neonatal é priorizada, ofertando um cuidado mais amplo e integral, permitindo que o ambiente onde seja prestada a assistência se torne o mais parecido possível com o cotidiano dessas famílias, através da flexibilidade do tempo de internação da gestante e do neonato, pelo período que for mais propício para a atenção a todas as suas

demandas, e o direito à participação dos pais e demais familiares, sem restrições de horários (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b; BRASIL, 2011).

Entretanto, de nada adianta a inclusão ser o principal requerimento impresso na base dessas políticas se, na prática, ela não for efetivada. Daí a importância das relações entre os profissionais da UTIN e as famílias dos RNs – é nessa “ponta” do sistema que deve acontecer a operacionalização de tais políticas, uma vez que filosofias de atenção à saúde somente são materializadas quando as ações dos diversos atores sociais são postas em evidência, no cotidiano dos serviços e das organizações (MONTICELLI et al., 2010; TANAKA, MELO, 2000). Portanto, é de extrema relevância a interação genuína entre a equipe de saúde e os familiares do RN hospitalizado, e quanto mais ampliado for o escopo dessa relação, e realizada de forma multidisciplinar, melhores serão as chances de minimização dos sofrimentos envolvidos nesta experiência, já que as famílias, muitas vezes, não conseguem superá-la sozinhas (ALVES; COSTA; VIEIRA, 2009). A promoção de tais laços afetivos viabiliza, inclusive, que os pais relatem seus sentimentos relacionados à experiência (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Quando o bebê que acabou de nascer é internado numa UTIN, esta questão é exacerbada, pois a família, além de enfrentar a perda da criança idealizada, se depara com a necessidade de obedecer a normas e rotinas de um setor que, quase sempre, causa medo e insegurança, trazendo sentimentos de angústia, dúvidas acerca do prognóstico e dificuldades na aceitação da separação e condição do filho (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; ROSA et al., 2010). Esse contexto pode levar ao afastamento da criança, ao invés da proximidade desejada e requerida (REICHERT; LINS; COLLET, 2007). Em contraposição, se a família for sensibilizada, quando incluída no ambiente hospitalar, poderá propiciar ao bebê sentimentos fraternos e de inclusão grupal. Isso terá repercussões não apenas para o pleno exercício da parentalidade, como também, abre-se à participação da família extensa (BRAGA, MORSH, 2004; OLIVEIRA, BRITO, 2009; ALVES, COSTA, VIEIRA, 2009; MONTICELLI et al., 2010).

Em nossa ação acadêmica na Unidade Neonatal, trabalhamos de forma interdisciplinar para que os integrantes da família tenham participação direta no cuidado à criança, uma vez que essa prática auxilia na melhora da sobrevivência do neonato, no fortalecimento das relações e do apoio intrafamiliar, assim como no estreitamento das ligações afetivas e de pertencimento da unidade grupal. Porém, na prática, verificamos que ainda é forte a hegemonia “dos pais” (pai e mãe) no imaginário dos profissionais da unidade neonatal, sendo viabilizado a eles a preferência

cuidativa, ainda que toda a família concorde em compartilhar esse papel. Em adição a isso, a equipe tem discutido o pressuposto de que maternidade e paternidade são funções complementares e fundamentais para o processo de formação do pequeno indivíduo que acaba de chegar ao mundo, além de ser uma diretriz governamental reiterativa, nas recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b,c; 2011).

Contudo, ao colocarmos em foco a participação específica do homem-pai e da mulher-mãe, temos constatado, no cotidiano da assistência neonatal, que embora o pai e a mãe sejam considerados personagens centrais da família, nas questões relacionadas ao vínculo e ao apego, ainda é à mãe que é dado mais espaço. Aliás, essa problemática também tem sido observada nas publicações científicas, nos princípios filosóficos e operacionais que embasam as políticas públicas da área, e também nas teorias relacionadas ao vínculo e ao apego entre pais e bebês, ainda que seja descrito que o homem-pai pode “substituir” a mãe. Tais estudos estão, ainda, muito focados na díade mãe/bebê e percebem o pai como um colaborador, o “porto seguro” da mãe (BIESBROECK, CARDIM, NASCIMENTO, 2007; SCORTEGAGNA et al., 2005; COSTA, 2004; BRASIL, 2000a,b; BOWLBY, 2002; KLAUS, KENNEL, 1993; WALDOW, 2007). Estudiosos tentam justificar essa assertiva, dizendo que o processo de vinculação da mãe com seu bebê começa ainda dentro de seu ventre e antes mesmo do movimento fetal, através do retrato mentalizado do mesmo: “o apego é construído a partir do processo de ligação entre o bebê e a mãe” (SCORTEGAGNA et al., 2005, p. 62), ou seja, há um laço “natural” entre os dois. Por outro lado, o pai exerce a sua função e cria esse vínculo aos poucos, a partir da interação feita com o filho no decorrer do cuidado prestado, de acordo com o “nível hierárquico” da relação pais/filhos (ABREU, 2005; SCORTEGAGNA et al., 2005).

Nesse ideário quase exclusivamente feminino de cuidado ao filho frisamos, pois, a tendência da equipe de saúde neonatal em mostrar-se mais atenta em relação ao cuidado materno, restringindo ao homem um papel coadjuvante (CARDINALI et al., 2011; FREITAS et al., 2009; ABREU, 2005). Apesar da importância da participação paterna na assistência ao filho, percebemos a grande quantidade de trabalhos publicados sobre a percepção dos pais (de forma inespecífica), ou apenas da mãe, com relação ao nascimento de bebês pré-termos e/ou doentes, sendo raros os estudos referentes especificamente ao pai e a relevância desse assunto perante a estrutura familiar e a assistência integral ao RN.

Partindo desse cenário contextual, o **objetivo** desta investigação foi o de compreender os sentimentos paternos relacionados à internação do filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Essa compreensão a respeito dos sentimentos paternos, explicados pelos próprios homens-pais, no cenário da UTIN, certamente contribuirá para o cuidado que a equipe de saúde e, particularmente, a enfermagem, deve ter com o contexto integral da assistência, a fim de fortalecer o papel do pai no cuidado ao filho, desde o nascimento, se este for o desejo dos mesmos e dos demais integrantes da unidade familiar.

METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, visto que esse tipo de estudo auxilia na compreensão das relações humanas e pode ser concebida através da vivência das pesquisadoras com os sujeitos do estudo, além de ser mais usada para estudar situações pouco exploradas (GUERRA, 2006; GRESSLER, 2004).

A pesquisa foi realizada no período de agosto a novembro de 2011, na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), com 10 homens-pais. A primeira entrevista realizada não está computada neste total, uma vez que se constituiu em um teste piloto. Os critérios de inclusão abrangeram: a) autodenominar-se como “pai”, independente de ser ou não o genitor; b) ter tido o filho internado na UTIN, independente de o mesmo já ter tido alta para outras dependências da Unidade Neonatal (como setor de cuidados intermediários, alojamento “Canguru”, etc.); c) ter mais de 18 anos; e d) gozar de plenas faculdades mentais, com requisitos cognitivos para responder às perguntas da entrevista.

Somente após estarem suficientemente esclarecidos acerca da pesquisa e de aceitarem tomar parte da mesma, é que o termo de Consentimento Livre e esclarecido era proposto para ser lido e assinado. Todos os que foram convidados, aceitaram participar. A idade dos entrevistados variou entre 21 e 35 anos, sendo que mantinham as seguintes relações pessoais com as mães dos bebês: 4 maridos e 6 companheiros (uniões estáveis). Desses, 7 estavam tendo o primeiro filho, 2 o segundo filho, e 1, tendo o quinto e o sexto filhos (gemelares). Quanto à escolaridade, houve predomínio do segundo grau completo, e quanto à naturalidade, a maioria era procedente do interior do Estado. Todos os pais entrevistados eram biológicos e o intervalo de tempo do dia da

internação do bebê na UTI neonatal até o dia da entrevista variou entre segundo dia e o sétimo mês.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas subjetivas focalizadas, seguindo um roteiro prévio, que contemplava questões acerca dos sentimentos do pai a respeito da internação do filho na UTIN. A aproximação com cada sujeito deu-se de forma lenta e gradual, por meio de conversas ou por intermédio da companheira e/ou profissionais da UTIN. As conversas ocorreram em locais negociados entre os sujeitos, pesquisadoras e equipe neonatal, sendo que 8 foram na sala de estudos da UTIN, 1 em um consultório do ambulatório de pediatria e 1 na própria UTIN, ao lado do RN. Os depoimentos foram gravados e, após, transcritos pelas pesquisadoras, sendo armazenados em local seguro. A coleta de dados foi interrompida quando as pesquisadoras identificaram a saturação dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A análise dos dados desenvolveu-se através das seguintes etapas (TRENTINI; PAIM 2004): a) apreensão (leitura dos diários com identificação de palavras-chave que respondiam às interrogações da pesquisa); b) síntese (leituras mais aprofundadas, resultando no delineamento de códigos e categorias); c) teorização (interpretação das categorias segundo o referencial teórico); e d) recontextualização (articulação dos resultados com a literatura, procurando-se convergências e divergências que auxiliassem na superação dos questionamentos da pesquisa).

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo que o projeto obteve aprovação no Comitê de Ética da UFSC, sob parecer nº 2159/2011. Na apresentação e discussão dos resultados, os homens-pais serão identificados por nomes fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das respostas deu origem a 5 categorias, que buscam identificar os sentimentos relatados pelos pais que vivenciaram a estadia do filho na UTI Neonatal.

Categoria 1 - A hora da notícia

De acordo com os depoimentos, a maioria dos pais recebeu a notícia da necessidade de hospitalização de seu bebê de forma inesperada, o que desencadeou uma reação de choque e profundo sofrimento. Em parte significativa dos casos, a notícia foi dada na hora do parto e pelo médico responsável, o qual forneceu as orientações indispensáveis sobre a evolução do filho, no

pós-parto imediato, de forma que minimizasse o impacto emocional vivenciado naquele momento delicado de espera e incertezas (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010).

“O médico que fez o parto veio falar com nós aqui e ele explicou certinho qual era o motivo, o que ia acontecer com ele, explicou...” (Pai 3)

“Olha, depois que ela teve a criança, minha esposa... eu tinha medo, não sei de que... daí, fiquei ali perto olhando, chorando, chorando... eu achei que ela não ia sobreviver, com toda sinceridade. Daí os médicos queriam me tirar da sala, mas eu insisti em ficar ali. E depois me foi informado que ela seria conduzida aqui pra UTI.” (Pai 6)

Pôde-se apreender também que, em poucos casos, o pai sabia do quadro clínico esperado para o momento do nascimento, pois, de alguma forma, já havia sido notificado que poderia haver problemas com o bebê, ainda durante a gestação, como foi o caso de recém-nascido com cardiopatia grave. O recebimento da notícia, para estes pais, teve menor impacto e foi acolhida de forma menos traumática, o que não torna o evento isento de dor e sofrimento, mas deixa o pai cauteloso sobre os cuidados que o filho necessitaria após o nascimento.

“Ele [o médico] constatou que ele precisava de cuidado especial. Daí ele foi acompanhado [...] foi o médico do coração. Disse que não era uma cirurgia urgente que ele tinha fazer, mas que tinha ficar em observação e depois fazer essa cirurgia.” (Pai 1)

“Ah, foi mais tranquilo porque daí a gente já sabia antes mesmo de nascer que ele teria que vir pra UTI [...] o diagnóstico tinha sido dado e a gente sabia que teria que tratar aquilo...” (Pai 10)

“Na verdade não foi muito aterrorizante porque eu já vi que eu já sabia que ela precisaria de um cuidado especial.” (Pai 7)

Mesmo quando a chegada do bebê, naquele momento, foi inesperada, esses pais buscaram apegar-se em motivos e justificativas para a internação do filho, como forma de fuga do início do processo de luto (KLAUS; KENNEL, 1993), ainda que tal “explicação” não tivesse sido dada pela equipe de saúde. Essas justificativas parecem ser criadas por ele, como uma primeira forma de enfrentar o impacto da notícia recebida.

“Porque ele bebeu água de parto. Porque demorou muito pra nascer... Porque no exame e no ultrassom não parecia que ela tava pra ganhar, parecia que tava mais em observação, aí quando nasceu [...]. Disseram que ele tava bem, mas que não tava conseguindo respirar direito, por causa do pulmãozinho dele.” (Pai 3)

“A gente acha que foi por causa da menina que ela [a esposa] pegava muito no colo, isso o médico avisava pra não fazer muito esforço porque a menina já é pesada, tem um ano já, e ela começou a pegar, daí acho que pode ter sido aquele esforço de pegar ela no colo.” (Pai 4)

“[...] a nossa gravidez foi muito boa, não teve problema nenhum [...] a última semana foi muito mexida e eu acho que o menino sentiu. Eu acredito que foi isso, porque fisicamente ela não tinha nada, porque o menino tinha seis meses e nós estávamos vivendo como se fosse dois meses de gestação. (Pai 5)

Alguns pais, de forma transparente, expressaram seus reais medos e limitações (GREGÓRIO, 2002), manifestando que sentiram uma dor inexplicável e imensurável por não

correr tudo como planejavam. No entanto, também buscavam ultrapassar essas sensações desesperadoras, com sentimentos de esperança frente a um prognóstico de saúde positivo do bebê.

“Na verdade é inexplicável cara! Uma sensação de impotência na verdade. Tu tá vendo ali e não poder fazer nada pra ajudar, só chorar [...] Nossa, quando a gente ouve falar em UTI já fica preocupado, né? UTI é ali onde tá nas últimas [...]. Mas vai melhorar.” (Pai 6)

“É triste, a gente achou que ia nascer no prazo certo, mas teve que vim antes, assim, melhor que fique ali pro bem, daí pega peso, normal, tudo certinho.” (Pai 8)

Quando perguntamos ao pai como foi receber a notícia de internação do filho, alguns alegaram que sentiam como se tivesse faltando alguma parte de si, como se estivesse, agora, incompleto.

“Ah, eu fiquei triste. Tem que deixar ele aqui, tem que deixar um pedaço de ti.” (Pai 3)

“Então, é uma sensação de perda. Uma sensação de vazio, de que tá faltando alguma coisa. Então é um vazio assim, tá faltando alguma coisa naquela parte ali.” (Pai 2)

Essa sensação de “incompletude” foi referida por todos os pais, mas de forma ainda mais veemente, por aqueles que estavam iniciando o exercício da paternagem, uma vez que esses estavam ávidos para concretizarem o desejo de terem o bebê no colo, como filho, pela “primeira vez”. O fato de estarem em processo de transição parece ter afetado ainda mais os homens, pois como abordam Levandowski et al. (2009), este estágio de liminaridade afeta os pais profundamente, principalmente do ponto de vista emocional.

Categoria 2 - A entrada na UTIN pela primeira vez

Entrar em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal é sempre uma situação difícil para os membros da família que vêem um parente internado em uma situação crítica. Esse ambiente envolve o pai em um misto de sentimentos ambíguos e confusos, uma vez que precisa separar-se do filho, pois o mesmo depende de cuidados especializados e que fogem de seu conhecimento. A criança mal veio ao mundo, nem bem se tornou “sua”, e o pai precisa “apegar-se”, sem, contudo, tê-la em seus braços. Esse turbilhão de sentimentos, vivenciado “na pele”, pelos homens-pais entrevistados, ao adentrarem a UTIN pela primeira vez, transparece nos seguintes depoimentos:

“Ah, chega a dar um gelado no coração [Pausa 3 segundos]. Só no olhar... [voz embargada].” (Pai 7)

“[...] a gente acha que só vai acontecer com os outros [...]. Tem que tá preparado para tudo, né? Medo e alívio” (Pai 1)

“[...] dá medo, mas também dá alívio, pois vai ficar bem cuidado.” (Pai 10)

“Na UTI neonatal pra quem nunca viu na vida, a primeira imagem foi forte, tu fica entre assustado, entre com temor. Forte, imagem muito forte.” (Pai 5)

Este misto de sentimentos ambíguos se confunde na mente dos familiares – o contato direto com a possibilidade de morte e a esperança do tratamento com tecnologias de ponta. Esse local, o qual a família relaciona com as poucas chances de sobrevivência dos pacientes internados, faz florescer sentimentos de estranheza, medo e impotência (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2011).

Os sentimentos de medo do ambiente da UTIN e uma certa dose de negação, imediatamente antes de presenciar o filho internado pela primeira vez, ficaram evidentes nos relatos de cada pai. A assertiva “isso só acontece com os outros” pôde ser vista em uma entrevista. Diante desse medo e do sentimento de impotência, muitos pais alegaram sentir dificuldade em entrar no ambiente neonatal para encontrar o filho recém-nascido:

“[...] chegar aqui eu não queria entrar, eu não queria entrar pra ver ele, eu não sabia como entrar.” (Pai 5)

“Ah, eu não queria entrar, não, não, não. Eu não queria ver uma criança pequeninha lá dentro, eu não queria entrar. [...] É um lugar triste, tem outras criancinhas do lado dele, com o sofrimento dele, eu não quero ver meu filho, eu não quero ficar chorando. [...] Não, de jeito nenhum, ali não.” (Pai 3)

A experiência de entrar na UTI e deparar-se com o filho internado fez surgir outro sentimento, o de preocupação — uma busca por manter-se “asseado” o suficiente para se aproximar do filho e não oferecer-lhe risco de infecção.

“É outro ambiente né, depois que a gente passa por aquela porta ali com essa roupinha aqui [refere-se ao avental], que dá noção do tamanho, da dimensão do problema de trazer bactérias, com o risco que corre aqui dentro, então, eu tive que ter todo o cuidado, de tá aberto pra ouvir tudo que tem que ser feito pra manter e preservar a saúde da criança.” (Pai 6)

“A enfermeira falou: ‘vamo pai, vamo’. Daí eu: ‘não, não, vou lavar a mão.’ (Pai 2)

Embora tais sentimentos fossem verbalizados pela maioria dos pais entrevistados, dois deles ressaltaram aspectos positivos nos seus relatos:

“Entrar aqui vem todo aquele sentimento de carinho, aquela delicadeza vem à tona na hora e sai tudo, a arrogância que a gente tem na mente quando vê um bebê.” (Pai 6)

“Ai, eu não tava muito afim de ouvir porque eu queria ver os meninos, né. Eu queria ver eles, daí ela [a enfermeira] ficou ali falando, falando... daí pensei: ‘deixa eu ver eles primeiro, depois a gente conversa’ [risos]. Nem escutei ela, ficou falando, falando... nem liguei pra ela, deixei, né..” (Pai 2)

O carinho, a humildade e a emoção ao deparar-se com o filho e sua condição clínica, além da pressa e ansiedade para “ver os meninos” ficaram evidenciados em seus depoimentos. Klaus e Kennel (1993) descrevem entre os princípios da teoria do apego que essas demonstrações de procura e preocupação fazem parte das sensações parentais de “se comprometerem” com os

filhos, independente de suas condições clínicas e/ou de possibilidade de qualquer nível de reciprocidade. “A intensidade do apego reflete o grau de envolvimento com o bebê, que geralmente é maior na mãe, um pouco menos no pai, e diminui em relação aos outros membros da família” (KLAUS; KENNEL, 1993, p. 21). Embora nesta pesquisa não tenhamos tido a intenção de fazer qualquer tipo de comparação entre o exercício da maternalidade e o da paternalidade, podemos dissertar que em nenhum momento percebemos “diminuição” das preocupações paternas, quando associávamos às falas das mães dos pequenos bebês. O que parecia haver era um profundo empenho dos homens-pais em se aproximarem dos filhos, até mesmo para “suprir” a privação momentânea da mãe, logo após o parto, como veremos a seguir, durante a discussão da próxima categoria.

Quando questionados se lembravam de quem os acompanhou na entrada na UTIN, a maioria dos pais relatou não lembrar direito qual era o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo) e declarou não saber exatamente qual era seu nome.

“Uma pediatra, eu acho.” (Pai 1)

“Foi a pediatra que recebeu a primeira vez, acho que foi. Não tenho certeza.” (Pai 3)

“Fui pra capelinha e fiquei na capela rezando, aí a psicóloga daqui veio me buscar lá na Capela, pra me conhecer. Ela me puxou, me levou lá pra UTI e me fez entrar. Não, primeiro ela conversou comigo daí me fez entrar.” (Pai 5)

“A primeira vez que eu entrei foi sozinho, a enfermeira que tava me mostrou as coisas. Não lembro bem direito.” (Pai 7)

Constatamos que a maioria dos pais entrevistados sentiu-se receosa em entrar na UTIN pela primeira vez, pois relacionou a permanência no setor à dor, sofrimento, e em alguns casos, à morte, mas, principalmente, à pequena chance de evolução do quadro clínico do bebê. Também verificamos a relação da entrada na UTIN com experiências prévias com outros filhos, e neste caso, os pais se mostraram mais aptos e autoconfiantes.

Categoria 3 - O primeiro contato direto com o filho na UTI

Depois que o pai enfrenta o desafio da entrada na UTIN, ele depara-se com a responsabilidade e a necessidade de ver e estar com o filho. Em geral, este homem sente a perda do filho ideal (KLAUS; KENNEL, 1993) e a primeira sensação é quase sempre de decepção, em razão da situação não ser como ele imaginava, por seu filho não ser saudável como ele esperava. Seu filho é, agora, ainda mais frágil e vulnerável do que havia imaginado e acreditado, despreparado para o mundo fora do útero, e sem a proteção que antes tinha do corpo da mãe. Para o pai, as imagens registradas de seu filho, às vezes, extremamente pequeno, dependente de

aparelhos, medicações e de cuidados especializados, trazem consigo inseguranças, medos e frustrações.

“É difícil porque tu vê, tu sonha com um menino todo bonitinho, todo formadinho com nove meses de útero, gordinho, e tu vai ver é um ratinho... ele era muito pequeninho[...].” (Pai 5)

“Ah, eu achei muito pequenininho. Muito estranho, muito pequeno.” (Pai 2)

“No momento eu queria ver, mas não conseguia enxergar, porque era muito pequeninho, o tamanho do pé dele era desse tamanho, do meu dedinho. Daí tu vê ele entubado, imaginem [...] é muito pequeninho e tem muita coisinha, tu olha o tamanho do tubo entrando naquela coisinha. A fralda? A fralda chega aqui na maminha dele [...]. E daí tu se quebra. Primeiro que tu vê a incubadora toda, por dentro, úmida [...] entubado com a máscara que vai lá pro pulmão [...] drogas, antibiótico e aquele monte de máquinas, cinco máquinas que ele tinha. Então tu meio que [...] é uma sensação que eu nunca tinha tido. Porque tu vê muita coisa, uma coisinha mínima cheio de coisas, dentro de uma caixa de plástico, sabe? E tu olha pros outros e é tudo igual...” (Pai 5)

A internação do filho, além de ser uma “interrupção na regularidade da vida”, causou um caos emocional com sofrimento, tristezas e medo, por se tratar de uma quebra de expectativas e planos felizes sobre a recepção de um bebê saudável. Na verdade, este bebê imaginário deu lugar a um filho tão dependente de um pai que não sabe se conseguirá enfrentar ou suportar este momento. Além disso, houve conflito entre o que sente neste momento e o comportamento que acha que deve ter perante os outros nesta situação (ALVES, COSTA, VIEIRA, 2009; SOUZA, ANGELO, 1999; WINNICOTT, 1971).

O homem nota então que precisa unir estas duas paralelas, às vezes tão distantes, e buscar harmonia entre sentimentos e vontades distintas: a fuga da realidade e o conforto da aproximação (ALVES, COSTA, VIEIRA, 2009; SOUZA, ANGELO, 1999). Ademais, o pai toma isso como seguimento de um processo que deve ser enfrentado e aceito, reconhecendo o filho como parte de si e que o pai precisa estar ao seu lado. Do contrário, parece que, mesmo o filho não sendo como esperava, falta uma parte de si, que está incompleto, como já se abordou anteriormente.

“Mas foi bem legal de ver não o que você é capaz de fazer, é bem interessante. Saber que tem um pedacinho teu ali, uma parte tua ali.” (Pai 3)

“É a sensação de perda, de vazio [...] Por mais que seja mais um [refere-se aos outros filhos], mas é mais um. Parece que falta uma parte, até eles irem embora para completar aquela parte que ta faltando.” (Pai 2)

O pai descreve sentimentos imensuráveis de dor e de perda, mas que mostram a vontade ou necessidade de estar perto, de aproximar-se, de permitir-se. Porém, ainda existe um forte bloqueio neste primeiro momento, visto que a gravidade do estado clínico do filho e sua dependência sobre as tecnologias são os principais motivos de afastamento dos pais, implicando no contato físico com o bebê. O pai sente medo da perda, o pesar da separação, e como forma de

defesa, pode se afastar ainda mais do filho, buscando não vincular-se de forma íntima evitando maior sofrimento posterior (JUNQUEIRA et al., 2006; SOUZA, ÂNGELO, 1999). Porém, a maioria dos pais afirma que se adaptou à situação, enfrentou os medos e, mesmo com muita angústia, se aproximou da criança.

“Ah, primeiro eu vi se ele era negão, né. Eu tinha muito medo de pegar, não tinha jeito mesmo. Preferi deixar no berço [...]. Ele tava enroladinho num cobertozinho.” (Pai 1)

“[...] deu medo de tocar e afundar uma parte do corpinho dela.” (Pai 6)

“Cheguei perto. A vontade era pegar no colo, mas dá medo, né?” (Pai 7)

“Eu fiquei espantado [...]. Daí a moça [profissional da enfermagem] ficava preocupada e dizia ‘pode encostar’. Foi bem legal assim.” (Pai 2)

Neste momento, uma barreira de dificuldades está prestes a ser transpassada, onde se torna possível o reconhecimento do filho como seu. Entre todos os relatos observamos que o fato de ter o filho internado é exigência para sua presença imediata e para buscar contato físico com a maior brevidade. Estas atitudes permitem que ele apreenda a criança para si, reconhecendo-o definitivamente como filho. Há então uma sensação de pertencimento, uma vontade de manter-se junto, independente de qual seja a situação em que o filho se encontra, mesmo que isso, de certa forma, mantenha ainda o pai envolto neste misto de sentimentos conflituosos.

“Eu tinha medo, tinha medo de tocar. Mas eu reconheci quando eu vi o rostinho dela... foi maravilhoso! Aquela coisa miudinha ali na mão, vontade de apertar [Risos]. Vontade de cuidar, de que nada de mal aconteça. Nunca senti isso por ninguém... nem pela minha mãe, eu amo minha mãe, mas é de outra forma, entendeu? É uma coisa muito especial assim.” (Pai 6)

“Ah, quando eu vi ele a primeira vez, meu Deus do céu. Ai ele é bem lindo, é bonito... eu senti emoção, meu Deus. Ah, emoção. Ó! Meu coração, né? Uma alegria grande [...]. Ah, o coração bateu, ah, bateu. Aí eu comecei a chorar...” (Pai 3)

Neste contexto, o comportamento do pai pode caracterizar o *engrossment*, no qual o homem sente-se envolto pela presença do filho, mostra-se preocupado, interessado e emocionado, “percebendo-o como indivíduo” (BRASIL, 2011, p. 37). Nesse momento, já se estabeleceu vínculo com o filho e houve o discernimento sobre os significados e representações dos *status* de ser homem e de ser pai (WINNICOTT, 1971; BRASIL, 2011). O pai, agora consciente do aspecto físico e/ou quadro clínico do filho, busca, então, um contato mais profundo. Depois de ver o bebê, reconhecê-lo como seu, enfrentar seus medos e barreiras entre seus sentimentos, vontades e atitudes, compreender as necessidades do bebê e aproximar-se, o pai procura uma forma de contato mais íntima: o toque.

“Na verdade não podia beijar. Pude passar a mão só [...] mas quando eu toquei nela, eu peguei no rostinho dela, todo miudinho, nossa! O coração foi a mil, fiquei com medo de passar a mão.” (Pai 6)

“O primeiro colo foi pra mim [Risos]. Tanto é que ela ficou brava comigo. [...] quando eu chego aqui eu falo: ‘olha filho, o pai chegou, o pai veio te ver, viu? O pai tá aqui contigo’. Ah, eu fico feliz de tá junto dele. Emoção né? Tão pequenininho, né? Me sinto muito bem, é o paraíso. Toquei na pele, no rostinho, fiz carinho na cabeça dele, quando eu toquei assim [mostrando apreensão do dedo], ele fechou a mão e ergueu o braço [...]. Aquele bracinho pequenininho, ergui meu dedo e ele veio junto, tentando segurar assim. Ai abriu o olho, começou a abrir o olhinho.” (Pai 3)

Podemos observar que o pai é tomado por um sentimento de euforia, ao dar-se conta das potencialidades do filho. Sente o desejo e a “necessidade de ter contato físico, de acalantar o filho” (BRASIL, 2011, p.37). Os sentimentos, novamente imensuráveis, que tomavam o pai de medo, espanto e angústias, dão lugar agora ao de início da concretização do papel de pai. Ao estar presente, conversando e tocando o bebê, transmite amor e emoção ao filho. Vê que responde a seus estímulos e que, desta forma, sua função perante o filho, agora compreendida realmente, se torna indispensável e insubstituível.

Categoria 4 - Sentimentos durante a permanência

4.1 Formas de enfrentamento

O recebimento da “má notícia” acerca da condição clínica de um familiar gera fortes emoções na família, tais como o medo da morte (PEREIRA, 2005). Essa assertiva pôde ser constada também nesta investigação, a respeito do pai, com relação ao seu bebê.

“Eu oro pra Deus que o homem não precise colocar a mão pra fazer a cirurgia, né? Ele quer mostrar algo pra alguém que vai estar bem perto dele [referindo-se ao filho], talvez seja eu, uma enfermeira, talvez seja pra irmã dele...” (Pai 1)
“Eu tenho fé em Deus que a gente vai levar ele bem pra casa” (Pai 10)

Na tentativa de fugir dessa situação negativa ou de enfrentar o medo e criar forças para superar essa vivência, muitos pais, assim como outros familiares, tendem a apegar-se à fé em um Ser ou energia superior (PERLINI; PILATTO, 2008), pois só assim vislumbram alguma forma de esperança. A espiritualidade, no caso dos homens-pais, parece, como referem Tronchin e Tsunechiro (2006), estabelecer motivações para a caminhada. Na análise desses trechos, percebemos que há casos em que os pais tentam acreditar na experiência como uma forma de crescimento. Acreditam que estão vivenciando tal momento por ser este o desejo de um Ser Supremo. Além disso, depositam a confiança nesse Ser, o qual intervirá em seu filho a fim de melhorar a sua condição de saúde.

“Nós somos muito católicos, então, quando tu tens uma intimidade muito grande com Ele, tu vê. [...] foi uma experiência, um aprendizado muito grande, porque Deus nos mandou aqui pro hospital pra aprender.” (Pai 5)

“Eu tinha me afastado um pouco da igreja católica, mas eu tenho ido a outras [instituições religiosas] [...]. Nós somos pecadores, que a gente reconheça os erros e tente pelo menos assim amenizar os erros.” (Pai 6)

A partir dos excertos supracitados, constatamos que aqueles pais que já seguiam uma religião permaneceram fiéis ou passaram a acreditar ainda mais na fé, na tentativa de conformarem-se e obterem “explicações” para o que consideravam de difícil aceitação. Por outro lado, verificamos que um homem-pai se dizia afastado da Igreja, porém, frente à difícil situação a qual se encontrava, passou a buscar um apoio para enfrentar tal momento. A maioria se tornou atraída por um Ser Supremo, uma energia superior ou por uma Instituição que lhes promovesse conforto, forças e esperança de que tudo daria certo, de que seus filhos voltariam para casa saudáveis.

4.2 Entre a mulher e o filho: a dupla responsabilidade

O fato de estar internado em uma UTIN, por si só, já faz com que os pais tenham dificuldade para que se estabeleçam os primeiros laços afetivos. No entanto, também outras questões emocionais e de cunho afetivo vêm à tona durante a internação da criança. Nas entrevistas, os pais falaram dos relacionamentos com seus próprios pais, sendo que para a maioria, foi uma relação turbulenta e/ou distante, com poucas demonstrações de afeto. Referiram-se também sobre a situação socioeconômica vivenciada na infância e quais os reflexos disso sobre seus valores e ideais. Compreendemos então que a construção de um modelo do novo homem-pai foi baseada nas experiências passadas de cada um destes indivíduos, como podemos observar nos relatos:

“[...] eu acho que eu tenho todo esse carinho da minha filha, porque meu pai sempre teve em falta.” (Pai 6)

“de mim o pai não gostava muito [...] não é que ele não gostava, a gente não se dava muito bem... [...]. Eu tive que deixar dos meus estudo, pra trabalhar, pra ajudar minha mãe e meu pai. Então, eu vou dar tudo o que eu não tive pro meu filho, por isso que eu trabalho, tenho a minha profissão, pra poder dar tudo pro meu filho, tudo mesmo.” (Pai 3)

“o meu pai sempre teve uma relação muito distante, o pai trabalhava muito. Chegava em casa só de noite e eu sou o mais velho, e ele era muito reservado em tudo [...]. Essa experiência com o meu pai me fez tratar de não repetir isso com os meus filhos.” (Pai 5)

Rego (2008) afirma que o apego entre pai e filho depende inclusive das vivências do pai enquanto criança, visto que a vontade de ser pai tem início nesta fase. Cada um destes homens,

constituindo um novo pai, busca então, exercer funções de um pai que julga como ideal. Concordamos com Crepaldi et al. (2006), quando dizem que o “novo pai” tem tendência a abandonar o papel exclusivo de provedor, e assumir funções compartilhadas e complementares com a companheira-mãe. Isso colabora para haver maior harmonia na relação intrafamiliar, principalmente em situações extremas, como na internação de um filho na UTIN.

Este modelo permeou os testemunhos dos homens-pais entrevistados, que pareciam assumir a responsabilidade com a criança de forma desdobrada, ainda que reconhecessem a necessidade de o bebê estar sob cuidados médicos e de enfermagem.

“Deu vontade de carregar ele logo e ir embora. To louco pra ir pra casa. Ninguém quer seu filho internado. Só fico lá dentro [referindo-se à UTIN] porque ele ainda tá nos aparelhinhos, no oxigênio ainda. Aí a gente não pode sair, mas to sempre perto dele, do lado dele. Só não saio por causa dos aparelhos, mas todo dia tenho que vim ver. Eu não vou abandonar. Tem pai e mãe que abandona, e comigo não, meu Deus [...]” (Pai 3)

Depois de se inserir na unidade como o responsável pela criança, em todos os sentidos, o pai buscou suprir ao máximo as necessidades do filho, e esteve suficientemente próximo do mesmo, para aprender a exercer funções antes tão distantes e desconhecidas, como limpar a boca, auxiliar na higienização, na alimentação, ou promover posição canguru.

“Eu fico mais com ele do que com a mãe dele, né” (Pai 1)
“Ela queria ter ele lá no quarto com ela na verdade, né? [...] ela precisa de uma ajuda.” (Pai 1)
“Quando ele melhorou, com dez dias ele já tava no canguru. A mãe fazia [posição canguru] de manhã e eu fazia de tarde.” (Pai 5)
“Enquanto eu tava aqui no hospital eu vinha direto, toda noite, todo dia, eu vinha direto, de duas em duas horas que eu vinha trazer o leite, de três em três horas pra ela [a mãe] poder descansar.” (Pai 7)
“Ainda não fiz [posição canguru], mas quando alguém fizer e vou estar do lado, ver como que é, aprender como que coloca fralda... não posso fazer coisa errada.” (Pai 2)
“Arrumei o bracinho. Só. [...] Eu botei água num algodãozinho, uma aguinha pra limpar bem certinho, que tava babando, cotonete pra já limpar o umbiguinho.” (Pai 3)
“Daí na hora de botar o leite na sonda, ali, a gente tem medo de botar ar, qualquer coisa... é, é bom. É bom ter um contato assim. Na verdade a gente não tem que ter medo, né, tem que perder esse medo de tudo. Depende totalmente da gente.” (Pai 4)

Os pais se desdobram para estar inteiros frente às demandas dos filhos que estão dependentes de tecnologia avançada, principalmente porque têm consciência que os mesmos não podem ter a mãe por perto, já que a mesma, frequentemente, ou está recuperando-se do parto, ou está emocionalmente fragilizada para acompanhar a criança de perto. Já que não há a mãe, sentem-se, pois duplamente responsáveis, adaptando-se às demandas do bebê, tanto físicas quanto emocionais, ou seja, exercendo os cuidados de maneira boa, além de aceitar a frustração em perder o filho ideal (WINNICOTT, 1971). Este pai, de acordo com os princípios da Teoria do

afeto, está exercendo o papel que Winnicott (1971) denomina de “mãe suficientemente boa”, que pode ser exercido por qualquer pessoa que não seja, necessariamente, a genitora.

Em nossa compreensão, o pai, nessa situação, passa a atuar como mediador entre a mãe e o bebê. Ao mesmo tempo em que responde às necessidades do bebê, aprende a “paternar”, afastando-se, pois, do papel hegemônico construído em muitas culturas, com relação aos cuidados ao recém-nascido, apontado por Chodorow (1990), que refere que se as genitoras não realizam os primeiros cuidados, outras mulheres, e não homens, tem esta função. Apenas um pai se compreendia como coadjuvante nos cuidados e preferia deixar os cuidados para a mãe, reconhecendo-a como principal cuidadora:

“acho que sente mais [falta] da mãe, né. Se fosse assim: ‘escolhe tu ou tua mulher pra ficar com ele’, acho que eu deixava ela mesmo”. (Pai 4)

Independente disso, a presença do pai em ambiente hospitalar, “assume papel importante no ato, seja simbólico, seja bastante concreto” (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 122), já que as publicações indicam fortes evidências de que a presença de acompanhantes na maternidade diminui a demanda de intervenções profissionais, minimizando os riscos de infecção e os custos.

4.3 A comunicação com os profissionais/instituição

Desde o início da internação, e ainda que estejam conscientes da necessidade da permanência do bebê em uma unidade de terapia intensiva, os homens-pais se debatem em torno da situação frágil e delicada que se relaciona com a condição do risco neonatal, além de todo o abalo emocional de estar inserido em um lugar “estranho” ao seu viver cotidiano.

“Tu sente aquele clima pesado, naquele ambiente estranho. Um ambiente que deveria ser só alegria, né?” (Pai 1)

“Eu também, não vejo a hora deles irem embora. Eu não gosto de hospital.” (Pai 2)

“Deu vontade de carregar ele logo e ir embora. To louco pra ir pra casa.” (Pai 3)

Neste contexto, o suporte dos profissionais é de grande importância, tendo em vista a minimização deste sofrimento. O Ministério da Saúde enfatiza que, normalmente, é com o pai que a equipe faz o primeiro contato, e é ele quem recebe as primeiras informações sobre a saúde do recém-nascido (BRASIL, 2011). Percebemos que nessa realidade também a ocorrência se dá desta forma e, além disso, é com este profissional que dá a primeira informação, que os pais se relacionam com mais intimidade, inclusive para saberem a evolução clínica do filho.

“Ah, pergunto saber se ele tá bem, se ele tá melhor, qual é a reação dele, o que tá faltando pra ele ir lá pro Alojamento.” (Pai 3)

“Porque daí, quando eu chegava, eu perguntava direto pra médica se tinha alguma coisa, se mudou alguma coisa, ficava com ela direto.” (Pai 7)

Além de o pai sentir essa responsabilidade, os próprios profissionais inserem-no como cuidador fundamental nesse contexto hospitalar. Assim, conforme adiciona Baeta (2009), ele sente-se assistido e tendo seu papel de pai valorizado devidamente.

“Me sinto à vontade quando eu venho. Sempre eles me recebem bem, toda vida.” (Pai 7)
“Eu sempre fui bem recebido aqui dentro. Nunca vi nada de ruim. Quer ver um exemplo? Eu tenho acesso 24 horas aqui dentro.” (Pai 3)

Em todos os depoimentos os pais deixaram transparecer que possuíam orgulho da instituição onde estavam, que tinham confiança no tratamento que os filhos recebiam, e manifestaram gratidão à equipe neonatal.

“Tenho que cuidar da minha filhota, mas eu não sei como se faz, daí eu deixo pros profissionais, deposito minha confiança neles. Eu sei que quando eu estou aqui, eles fazem o trabalho certinho na minha frente, então também imagino que seja assim quando eu também não estou, sabe? [...] teve gente falando que eu não poderia ter tido minha filha em hospital melhor que esse. Eu concordo.” (Pai 6)
“O acolhimento humano aqui é que faz a diferença, porque tu se sente em casa, sabe? É toda essa diferença que não tem em outro lugar, mesmo em hospitais particulares [...]. Agora, se tu entrar tu descobre enfermeiro, médico muito bom, gente, muito, muito bom...” (Pai 5)

Categoria 5 - Expectativas futuras

A UTI é um ambiente que traz medos e incertezas aos familiares de pessoas internadas, por isso, o cuidado prestado pela equipe multiprofissional ao bebê deve ser estendido para a sua família, pois, geralmente, os familiares “adoecem” junto com os seus filhos (SILVA; SANTOS, 2010). O impacto vivenciado pelos pais neste cenário reflete um grande abalo emocional, através do medo e da tristeza diante da preocupação com o prognóstico, porém, todos verbalizaram, de alguma forma, a esperança de um tratamento com sucesso; cientes, contudo, de que após a alta, será necessária a continuação de cuidados especiais.

“Olha, minha única preocupação é se minha filha vai sair daqui inteiramente perfeita. Assim, a gente tá bem otimista, só que a gente sabe dos riscos e que depois que ela sair daqui ela vai precisar de um cuidado ainda maior de nossa parte.” (Pai 4)
“A minha esperança é que ele faça a cirurgia, se adapte à cirurgia e se recupere pra ir pra casa levar uma vida normal, né? Porque tem muita gente esperando ele.” (Pai 1)

Com o acompanhamento da internação – por mais delicado que estivesse o quadro clínico de seus filhos – os homens-pais mostravam-se esperançosos em relação a um futuro feliz para seus filhos e para a sua família. Apesar de todo o processo de sofrimento e temor, constatamos que a maioria dos pais interpretou a vivência como uma lição de vida, mesmo cogitando a

hipótese do filho não resistir à condição clínica ou apresentar sequelas futuras. O fato de poderem estar junto à criança, sempre que desejaram, faz com que o pai “abraçe” não somente o filho em si, mas também todas as possibilidades (boas ou ruins) que se colocarem à frente. O trânsito livre na Unidade, ao contrário de outros resultados de pesquisa, em que o pai apresenta baixa autoestima, por não ter livre acesso ao recém-nascido, como é o caso estudado por Rimmerman e Sheran (2001), parece empoderar o homem-pai para essa significativa experiência do seu ciclo vital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de investigar os sentimentos paternos relacionados à internação do filho numa UTIN mostrou que a circunstância clínica em que a criança se encontra pode afetar o processo de vinculação pai-filho, necessitando transpor vários obstáculos. Por outro lado, a forma com que é introduzido na Unidade, pelos profissionais, e a possibilidade de ter livre acesso à mesma, em qualquer dia e horário, é percebido como um lenitivo para o medo e a insegurança que rondam o evento, assim como para a dupla tarefa de “paternar” o filho e ser a ponte entre ele e a companheira, particularmente nos dias que se seguem ao parto.

Além disso, o apego à espiritualidade é, para o homem-pai, um reforço para o enfrentamento da realidade, seja logo após a notícia da necessidade de internação na UTIN, para suportar o longo processo de permanência na Unidade, ou mesmo para facilitar a aceitação das perspectivas futuras.

O exercício da paternidade pode ocorrer positivamente, se o pai tiver apoio para exercer sua espiritualidade, se contar com o apoio genuíno da equipe e da instituição hospitalar, assim como se sentir valorizado em seus pequenos gestos e atitudes com relação ao cuidado do filho. Os ajustes necessários à vivência desse papel social, vão sendo tecidos em consonância com tais suportes.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N. de. **Teoria do apego**: fundamentos, pesquisas e implicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

ALVES, V. H.; COSTA, S. F.; VIEIRA, B. D. G. A permanência da família em unidade de terapia intensiva neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 250-256, 2009.

BAÊTA, M. de L. de M. **A paternidade na UTI Neonatal: o pai prematuro**. Biblioteca digital de UFMG, Minas Gerais, 2009. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude_crianca/teses_dissert/2009_mestrado_MariadelourdesMeloBaeta.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2011.

BIESBROECK, F. C. C.; CARDIM, M. G.; NASCIMENTO, M. A. L. Entre a enfermagem e a maternagem: um estudo sobre a interação enfermeira e recém-nascido. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 80-85, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a11.pdf>>. Acessado em: 24 de maio de 2011.

BOWLBY, J. **Apego: apego e perda**. v. 1. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRAGA, N.; MORSCH, D. Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. de. (Org.). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 543-563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM Em 1 de junho de 2000**. Brasil, 2000a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>> Acesso em: 24 de maio de 2011.

_____. **Portaria nº 693/GM Em 5 de julho de 2000**. Brasil, 2000b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20MMC.pdf>> Acesso em: 25 de maio de 2011.

_____. **Portaria nº 072 de 02 de março de 2000**. Brasil, 2000c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port%20%2072%20MMC.pdf>> Acesso em: 25 de maio de 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CARDINALI, F. et al. O acompanhante no alojamento conjunto da maternidade. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n.1, p. 1-14, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2407/1506>>. Acesso em: 08 de outubro de 2011

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade**. Uma crítica a Freud a partir da Mulher. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1990.

COSTA, R. **Compreendendo o significado do Método Mãe-Canguru para a equipe de saúde da unidade de neonatologia do HU/UFSC**. 2004. Projeto de Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

COSTA, M. C. G. C.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf>>. Acesso em 03 de novembro de 2011.

CREPALDI, M. A. et al. **A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 579-587, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a13.pdf>>. Acesso em: 03 de novembro de 2011.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea?: O que toda mulher deveria saber (e todo homem também)**. Rio de Janeiro: Ed. UNESP, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostra por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 12 de setembro de 2011.

FREITAS, W. M. F et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, Pernambuco, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6868.pdf>>. Acesso em: 28 de março de 2011.

GOODING, J. S. et al. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. **Seminars in Perinatology**, v. 35, n. 1, p. 20-28, 2011. Disponível em: <[http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(09\)00039-6/fulltext](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(09)00039-6/fulltext)>. Acesso em 12 de agosto de 2011.

GREGÓRIO, V. R. P. **Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria transcultural de Leininger**. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

GUERRA, I. C. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso**. Lisboa: Editora Principia, 2006.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a06v16n4.pdf>>. Acesso em 12 de agosto de 2011.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. et al. Os desafios da humanização em uma UTI neonatal cirúrgica. In: DESLANDES, S. F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 261-281.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebês: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LEVANDOWSKI, D. C. et al. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 373-382, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a10.pdf>>. Acesso em 04 de novembro de 2011.

MINUZZI, A. P. et al. Cada dia um novo dia: um desafio na busca da adaptação do recém-nascido portador de malformação e sua família. **Enfermería Global**, Murcia, v. 7, n. 13, 2008. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14661>>. Acesso em: 18 de maio de 2011.

MONTICELLI, M. et al. A filosofia assistencial da maternidade de um hospital universitário na visão dos acadêmicos. **Revista Texto e Contexto**, Santa Catarina, v. 19, n. 1, p. 25-35, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a03.pdf>>. Acesso em 25 de outubro de 2011.

OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R. S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 13, n.3, p. 595-601, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300020>. Acesso em 24 de setembro de 2011.

PEREIRA, M. A. G. A má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Revista Texto e Contexto**, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>>. Acesso em: 03 de novembro de 2011.

PERLINI, N. M. O. G.; PILATTO, M. T. S. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 721-32, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a18.pdf>>. Acesso em: 03 de novembro de 2011.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado na UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 200-213, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 28 de março de 2011.

REGO, J. D. O papel do pai na amamentação. In: ISSLER, H. (Org.). **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. São Paulo: SARVIER, 2008, p.17-23.

RIMMERMAN, A.; SHERAN, H. The transition of Israeli men to fatherhood: a comparison between new fathers of pre-term/full-term infants. **Child and Family Social Work**. Birmingham, n. 6, p. 261-267, 2001.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 105-112, 2010. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%2014.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2011.

SCORTEGAGNA, S. A. et al. O processo interativo mãe-bebê pré-termo. **PSIC: Revista de Psicologia**. São Paulo, v. 6, n. 2, p. 61-70, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psic/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 14 de maio de 2011.

SILVA, F. S.; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Revista Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 230-235, 2010.

SILVA, L. W. S.; SANTOS, F. F.; SOUZA, D. M. Sentimentos da família diante do enfrentamento do viver-morrer do membro familiar na UTI. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. Santa Maria, v.1, n. 3, p. 420-430, 2011.

SOUZA, A. B. G.; ÂNGELO, M. Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 255-264, 1999.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 4, n. 7, p. 113-118, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832000000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 de maio de 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 93-101, 2006.

WALDOW, D. **Concepções do pai acerca da prematuridade do seu filho**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971. p. 153-162.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do Estágio Supervisionado II na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago foi um desafio a nós apresentado, e muito esperado. É uma unidade bastante ímpar, com inúmeras oportunidades, jamais vivenciadas, antes, no desenrolar da vida acadêmica.

Em seu cotidiano, os funcionários da unidade não costumam receber alunos que dividam espaço para as práticas assistenciais, portanto, seria necessário grande esforço nosso, para que houvesse reconhecimento dos profissionais, para trabalharmos e aprendermos juntos. Então, nosso esforço, inicialmente, foi para conquistarmos a confiança dos profissionais e o fizemos, mostrando bastante iniciativa e empenho na realização das atividades. Assim, aos poucos, fomos nos inserindo no ambiente, procurando superar os desafios, compreender as rotinas, passando a agir como, de fato, como enfermeiras. Tivemos a oportunidade de adquirir novos conhecimentos intelectuais, técnicos e interacionais, a fim de aprimorarmos o nosso cuidado de enfermagem, associando teoria e prática, em todas as atividades que realizamos.

Aprimoramos também nossa habilidade de promover um relacionamento interpessoal saudável e harmonioso com a equipe multiprofissional da unidade, visto que reconhecemos sua essencial importância para as boas práticas de promoção da saúde. Mais independentes no campo de estágio, sem professores tão próximos, buscamos sempre nos autoavaliar, para que pudessemos crescer pessoal e profissionalmente com as situações experimentadas.

Através da percepção quanto à falta de pesquisas focadas nos sentimentos paternos, julgamos de extrema importância realizar um estudo para entender esses homens-pais, para melhorar a assistência de enfermagem, tornando-a a mais globalizadora e inclusiva possível. Também, a partir da análise dessa necessidade, verificamos que a valorização do ser pai contribui para o melhoramento do quadro clínico do bebê, unindo-o cada vez mais ao pai e facilitando o processo de criação de vínculo e apego. Com a ideia em mente, a equipe demonstrou-se favorável ao nosso foco de pesquisa e passou a nos auxiliar para a marcação das entrevistas com esses sujeitos.

Nesta pesquisa, buscando conhecer os sentimentos paternos relacionados à internação do filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, compreendemos que o pai – figura até pouco tempo atrás, apenas coadjuvante no cenário assistencial –, se percebe ativo e interessado

em tudo o que vivencia dentro da Unidade Neonatal. No processo de hospitalização apresenta-se angustiado, temeroso e, muitas vezes, triste com a situação clínica do filho, mas, ainda assim, permanece inteiramente pronto para criar vínculos com o mesmo. Cada etapa do processo da internação do bebê é caracterizada com minuciosos detalhes, que demonstram sua preocupação e interesse em reforçar os laços de apego.

Ao receber a notícia da necessidade de internação da criança, geralmente durante ou logo após o parto, ou seja, quase sempre de forma inesperada, o pai tem reações de choque e sofrimento, levando-o a um caos emocional momentâneo, expressado por decepção e dor inexplicável, ao se deparar com um medo não familiar. Contudo, quando o pai já sabe que o bebê precisará internar numa unidade neonatal, esta realidade parece provocar menor impacto emocional, ainda que seja acompanhada por sentimentos de pesar. Esta separação entre pai e filho é interpretada pelos próprios pais como “incompletude”, ressaltada quando o mesmo, em exercício da paternagem, esperava ter o bebê logo em seus braços pela primeira vez.

Frente a esta situação inusitada, o pai busca motivos que expliquem o acontecido, caracterizando sua fuga do início do processo de luto como primeira forma de enfrentamento. Posteriormente ao choque, o pai apegase à fé em um Ser ou energia superior, mesmo aquele que, antes deste impacto, não era apegado à espiritualidade. Essa busca parece ser uma tentativa de conformar-se, obter justificativas, apoio, conforto, forças e esperança de que seu filho voltaria para casa saudável. Apesar disso, independente da fonte de forças que o motiva, este homem busca se fortalecer em sentimentos positivos, como uma via de esperança para enfrentar a evolução do quadro clínico do recém-nascido.

Depois de receber e enfrentar a notícia, o pai precisa entrar na UTIN, situação esta que dissemina sentimentos contraditórios, onde, ao mesmo tempo, sente-se aliviado por estar numa unidade de tratamento especializado, mas também ansioso e temeroso sobre as possibilidades vitais da criança. Isto aumenta ainda mais as sensações de medo e angústia e torna a entrada na unidade ainda mais difícil, havendo ainda algum grau de negação frente à realidade.

Transpor as portas da UTIN traz à tona a preocupação com o filho, demonstrada ao querer estar “suficientemente limpo” para entrar, mostrando compreensão da sensibilidade e suscetibilidade que o filho apresenta, face às características neonatais. Além disso, este momento está envolto em tantas preocupações, que o pai não recorda ao certo sobre quem o acompanhou ou o que foi explicado naquela hora. Com o passar do tempo, contudo, vai compreendendo que

há necessidade imperiosa do bebê estar ali e “aceita” que esta é uma etapa necessária, compreendida agora com carinho, humildade e emoção. Neste momento, percebemos que se dá o início do processo de aceitação do filho real. Nos casos em que o pai já teve outra experiência com internação em UTIN, percebemos que houve mais rápida compreensão e aceitação do evento.

Depois que enfrenta este desafio, ele depara-se com a perda do filho ideal. Ver a criança mais dependente de cuidados do que imaginou, proporciona ainda mais insegurança, medo e frustrações. O pai vivencia ainda outro conflito, entre o que sente e o comportamento que acha que deve ter perante os outros nesta situação. Compreende, então, que necessita harmonizar estes sentimentos e atitudes, que tomam direções distintas para a fuga da realidade e para o conforto da aproximação. Depois de vivenciar esta experiência, vê isso como parte do processo, que deve ser enfrentado e acolhido, reconhecendo o filho como parte de si. Como “parte de si” também entende que “o pai” precisa estar ao lado do filho.

Mesmo tendo a dor da perda do filho idealizado, o pai vê a necessidade e vontade de aproximar-se. Porém, o distanciamento entre filho dependente de tecnologias e pai em choque por toda a situação ainda implica no contato físico com o bebê. O pai, como forma de defesa contra a possibilidade de uma segunda perda, parece apresentar atitude de afastamento, por um breve período. Porém, ao ultrapassar esta fase, agora ainda mais consciente das condições em que o filho se encontra, este homem busca, então, o toque, sendo este o contato mais profundo. Parece que tocar a criança faz com que ele renove expectativas, enfrente os medos não ditos e, mesmo com muita angústia, se aproxima da forma mais íntima com o rebento, vencendo mais uma etapa em direção ao apego. O pai torna então possível o reconhecimento do filho como seu, experimenta a sensação de pertencimento, mesmo ainda envolto neste misto de sentimentos conflituosos, mas que se direcionam agora, para a concretização do *engrossment*. Durante o toque e percebendo as respostas do bebê aos seus estímulos, os sentimentos negativos vão sendo substituídos por euforia, e o pertencimento do filho torna-se concreto. **Sua função como pai, agora compreendida, torna-se indispensável e insubstituível.**

Além da internação do filho, percebemos que outras questões influenciam no vínculo com o bebê, como por exemplo, as experiências que vivenciou quando ele era criança. O vínculo com seu próprio pai. Observamos que o afastamento e pouco contato com o mesmo, durante a infância e a adolescência interferem diretamente em seus ideais e valores, refletindo na busca de um

“novo” papel de pai, diferente daquele que teve como referência. Em sua nova função, agora como “um novo” pai, ele busca colocar em prática **“o seu modelo”**, abandonando a função exclusiva de provedor, e assumindo a responsabilidade com a criança em todos os sentidos, de forma desdobrada, mesmo sabendo a necessidade dos cuidados de saúde. Nesta tarefa, compreende-se como exercendo papel complementar à mãe do recém-nascido, proporcionando maior harmonia na relação intrafamiliar. O pai busca suprir ao máximo as necessidades físicas e emocionais do filho, e está tão próximo, que faz questão de aprender os cuidados com o mesmo —, antes tão distantes e desconhecidos —, exercendo-os de forma “suficientemente boa”. Isso ocorre, em grande medida, porque o pai atua como mediador entre a companheira, mãe da criança, e o bebê, numa dupla responsabilidade, para que ela repouse no pós-parto imediato e mediato.

Mesmo querendo tomar o filho nos braços e ir embora por não estar completamente confortável naquele ambiente de bebês “graves”, “de risco”, como ele ouve a todo momento pelos corredores, o pai permanece ao lado do filho, por compreender a necessidade de internação. O suporte multiprofissional, nesta etapa, é fundamental para minimizar o sofrimento do pai pelo desconhecimento do que está acontecendo ou poderá acontecer com o filho. Para que esta vivência seja menos traumática, o pai sente a responsabilidade e procura manter-se em comunicação com os profissionais de saúde que atuam na unidade diretamente com seu filho.

As primeiras informações sobre o quadro clínico da criança são dadas inicialmente para o pai, e é com este profissional que eles se relaciona com mais intimidade, inclusive para saber sobre a evolução clínica. O fato de ter livre acesso à unidade, é uma das condições mais alentadoras para o pai, pois sente-se valorizado e “incluído” na equipe. Por todo este contexto, o pai elege esta unidade como a melhor em que poderia deixar seu filho aos cuidados de outras pessoas. Refere confiança total nos profissionais e manifesta gratidão à equipe neonatal.

Desde a internação, sabe que precisa conscientizar-se que, após a alta, o filho deverá ter acompanhamento profissional e cuidados especiais. O medo sobre o futuro do filho, se poderá crescer e se desenvolver normalmente, toma a vida deste pai, mas, apesar disso, se ele se sente acolhido pela equipe, no meio do caos, encontra forças e esperanças para prosseguir em direção ao “que virá”.

Buscar os sentimentos que acometem o pai durante a internação do filho em uma UTIN, fez-nos perceber a importância da formação do vínculo paternal e os reflexos disso para o início

da relação entre ambos, que, certamente, refletirá por toda a vida. Conseguimos compreender melhor o quão difícil é para o pai perder o filho que imaginava e ganhar outro totalmente diferente de seus sonhos e planos, o que nos leva a pensar no quanto o pai sofre e nega esta situação, antes de conseguir aceitá-la.

Esta série de descobertas nos leva a ver que a paternagem, em especial, nesta situação de vida, pode **existir** de forma mais profunda, se este homem, tiver um apoio harmônico de vários fatores, dentre os principais, o apoio da equipe de saúde e, principalmente, do espaço “outorgado” para que ele possa aproximar-se e permitir-se desempenhar seu papel de pai.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N. de. **Teoria do apego**: fundamentos, pesquisas e implicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

AIRES, L. C.; CARDINALI, F. **Como se insere e o que faz o acompanhante no alojamento conjunto da maternidade**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ALVES, V. H.; COSTA, S. F.; VIEIRA, B. D. G. A permanência da família em unidade de terapia intensiva neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 250-256, 2009. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8206/4598>>. Acesso em 28 de agosto de 2011.

BAÊTA, M. de L. de M. **A paternidade na UTI Neonatal**: o pai prematuro. Biblioteca digital de UFMG, Minas Gerais, 2009. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude_crianca/teses_dissert/2009_mestrado_MariadelourdesMeloBaeta.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2011.

BARBOSA, V. L. **O vínculo afetivo na unidade neonatal**: uma questão de reciprocidade na tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

BIESBROECK, F. C. C.; CARDIM, M. G.; NASCIMENTO, M. A. L. Entre a enfermagem e a maternagem: um estudo sobre a interação enfermeira e recém-nascido. **Escola Anna Nery. Rio de Janeiro**, v. 11, n. 1, p. 80-85, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a11.pdf>>. Acessado em: 24 de maio de 2011.

BOWLBY, J. **Apego**: apego e perda. v. 1. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRAGA, N.; MORSCH, D. Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. de. (Org.). **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 543-563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM Em 1 de junho de 2000**. Brasil, 2000a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>> Acesso em: 24 de maio de 2011.

_____. **Portaria nº 693/GM Em 5 de julho de 2000.** Brasil, 2000b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20MMC.pdf>> Acesso em: 25 de maio de 2011.

_____. **Portaria nº 072 de 02 de março de 2000.** Brasil, 2000c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port%20%2072%20MMC.pdf>> Acesso em: 25 de maio de 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96:** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego:** uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRÜGGEMANN, O. M. et. al. A filosofia assistencial de uma maternidade pública do sul do país sob o olhar de sua equipe profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n.1, p. 123-129, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 24 de junho de 2011.

CARDINALI, F. et al. O acompanhante no alojamento conjunto da maternidade. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n.1, p. 1-14, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2407/1506>>. Acesso em: 08 de outubro de 2011

CHODOROW, N. **Psicanálise da maternidade.** Uma crítica a Freud a partir da Mulher. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1990.

COSTA, R. **Compreendendo o significado do Método Mãe-Canguru para a equipe de saúde da unidade de neonatologia do HU/UFSC.** 2004. Projeto de Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

COSTA, M. C. G. C.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a15.pdf>>. Acesso em 03 de novembro de 2011.

CREPALDI, M. A. et al. A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 579-587, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a13.pdf>>. Acesso em: 03 de novembro de 2011.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea?:** O que toda mulher deveria saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: Ed. UNESP, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostra por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24,

n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 12 de setembro de 2011.

FREITAS, W. M. F. et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, Pernambuco, v. 43, n. 1, p. 85-90, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6868.pdf>>. Acesso em: 28 de março de 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOODING, J. S. et al. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. **Seminars in Perinatology**, v. 35, n. 1, p. 20-28, 2011. Disponível em: < [http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(09\)00039-6/fulltext](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(09)00039-6/fulltext)>. Acesso em 12 de agosto de 2011.

GREGÓRIO, V. R. P. **Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria transcultural de Leininger**. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

GUERRA, I. C. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo**: sentidos e formas de uso. Lisboa: Editora Principia, 2006.

GRESSLER, L. A. **Introdução à pesquisa**: projetos e relatórios. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe canguru**: uma contribuição da enfermagem. 2006. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

GUIMARÃES, G. P.; MONTICELLI, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 626-635, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a06v16n4.pdf>>. Acesso em 12 de agosto de 2011.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO: **Histórico**. [Internet]. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=2>. Acesso em: 22 de junho de 2011.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. et al. Os desafios da humanização em uma UTI neonatal cirúrgica. In: DESLANDES, S. F. (Org). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 261-281.

KLAUS, M. H; KENNEL, J. H. **Pais/bebês**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo:** construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. de. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 73, n. 5, p. 293-298, 1997. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/97-73-05-293/port.pdf>>. Acesso em: 28 de março de 2011.

LEVANDOWSKI, D. C. et al. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 373-382, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a10.pdf>>. Acesso em 04 de novembro de 2011.

LIMA, H. F.; LIMA, M. I. de; ROCHA, L. S. **Experiência de pais no cuidar de RN na UTI neonatal:** passando o meu amor, a minha força e minha energia, ele se recupera mais rápido. Goiânia, 2004. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_10.pdf> Acesso em: 02 de maio de 2011.

MINUZZI, A. P. et al. Cada dia um novo dia: um desafio na busca da adaptação do recém-nascido portador de malformação e sua família. **Enfermería Global**, Murcia, v. 7, n. 13, 2008. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/14661>>. Acesso em: 18 de maio de 2011.

MITTAG, B. F.; WALL, M. L. Pais e filhos internados na UTI neonatal: sentimentos e percepções. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v. 6, n. 2, p. 134-145, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8068/5686>>. Acesso em: 28 de março de 2011.

MONTGOMERY, M. **O novo pai**. São Paulo: Ediouro Publicações S/A, 2005. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=_0PIens8d6QC&oi=fnd&pg=PA51&dq=montgomery+2005+novo+pai&ots=ZHKaWg2kCT&sig=37yrBFN4Lhl3nDtnxOuVGNPLT4#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 28 de março de 2011.

MONTICELLI, M. et al. A filosofia assistencial da maternidade de um hospital universitário na visão dos acadêmicos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, 2010, p. 25-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a03.pdf>>. Acesso em 24 de junho de 2011.

MONTICELLI, M. **A enfermagem na formação do apego pais/recém-nascido pré-termo**. Rio de Janeiro. Conferência apresentada no 2º Encontro Internacional: Produção de Conhecimento e Núcleos de Pesquisa em Enfermagem. 15 a 16 de outubro de 2008. Escola Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. (Mimeografado).

_____. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar:** uma etnografia em alojamento conjunto. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MOURA, M. L. S. de; RIBAS, A. F. P. Uma perspectiva sociocultural de estudo da interações iniciais mãe-bebê. In: PICCININI, C. A. et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. **Rev. Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 de junho de 2011.

OLIVEIRA, E. M. F.; BRITO, R. S. Ações de cuidado desempenhadas pelo pai no puerpério. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 13, n.3, p. 595-601, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300020>. Acesso em 24 de setembro de 2011.

PEREIRA, M. A. G. A má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Revista Texto e Contexto**, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>>. Acesso em: 03 de novembro de 2011.

PERLINI, N. M. O. G.; PILATTO, M. T. S. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 721-32, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a18.pdf>>. Acesso em: 03 de novembro de 2011.

PINTO, E. B. Contribuição para a análise das interações precoces na perspectiva psicanalítica. In: PICCININI, C. A. et al. Diferentes perspectivas na análise da interação pais-bebê/criança. **Rev. Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 3, p. 469-485, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 de junho de 2011.

RAMIRES, V. R. R. **O exercício da paternidade hoje**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

REGO, J. D. O papel do pai na amamentação. In: ISSLER, H. (Org.). **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, práticas e bases científicas**. São Paulo: SARVIER, 2008, p.17-23.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado na UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 200-213, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 28 de março de 2011.

RIMMERMAN, A.; SHERAN, H. The transition of Israeli men to fatherhood: a comparison between new fathers of pre-term/full-term infants. **Child and Family Social Work**. Birmingham, n. 6, p. 261-267, 2001.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 105-112, 2010. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20101/artigo%2014.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2011.

SCORTEGAGNA, S. A. et al. O processo interativo mãe-bebê pré-termo. **PSIC: Revista de Psicologia**. São Paulo, v. 6, n. 2, p. 61-70, 2005. Disponível em: < <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psic/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 14 de maio de 2011.

SILVA, F. S.; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Revista Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 230-235, 2010.

SILVA, L. W. S.; SANTOS, F. F.; SOUZA, D. M. Sentimentos da família diante do enfrentamento do viver-morrer do membro familiar na UTI. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**. Santa Maria, v.1, n. 3, p. 420-430, 2011.

SOUZA, A. B. G.; ÂNGELO, M. Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 255-264, 1999.

TANAKA, O. Y; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 4, n. 7, p. 113-118, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832000000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 de maio de 2011.

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introdução aos métodos de pesquisa qualitativa**: a busca de significados. New York: John Wiley & Sons; 1984.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 93-101, 2006.

WALDOW, D. **Concepções do pai acerca da prematuridade do seu filho**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007

WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971. p. 153-162.

WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787**

E-mail: nfr@ccs.ufsc.br
Homepage: www.nfr.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA (PAIS DOS RECÉM-NASCIDOS)¹

Ao assinar este termo forneço o meu consentimento para participar de uma pesquisa que fará parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, conduzida pelas acadêmicas Amanda Martins, Débora Scheidt e Larissa Rocha (pesquisadoras principais) e orientada pela Profa. Dra. Marisa Monticelli (pesquisadora responsável).

Estou ciente que participarei de uma pesquisa que tem como objetivo conhecer os sentimentos paternos relacionados com a hospitalização do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da maternidade do HU-UFSC.

Estou orientado que as pesquisadoras coletarão dados, através de uma entrevista gravada, e que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa.

Compreendo que minha participação será combinada em conjunto com as pesquisadoras, sem trazer qualquer prejuízo para a minha pessoa ou companheira e/ou para o meu filho. Entendo que as nossas identidades serão preservadas, sendo utilizados nomes fictícios e não os verdadeiros.

¹ O presente T.C.L.E. deverá ser assinado em duas vias. Uma ficará de posse da pesquisadora e a outra com os próprios participantes da pesquisa.

Minha participação na pesquisa é voluntária e poderei me negar a participar da mesma, bem como deixar de participar a qualquer momento. Para isso, basta que eu comunique a decisão, por qualquer meio, a qualquer uma das pesquisadoras.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso o solicite, e que as pesquisadoras são as pessoas com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones (48) 8421-8353 (Acadêmica Amanda Martins), (48) 9607-9885 (Acadêmica Débora Scheidt), (48) 8429-7977 (Acadêmica Larissa Rocha) e (48) 3721-9480 (Profa. Dra. Marisa Monticelli).

Florianópolis, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do Pai

Documento de Identidade

APÊNDICE B - Roteiro-guia para a entrevista

Data, hora e local da entrevista:

1) Identificação do pai

Nome fictício:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Sexo:

Número de filhos:

Tipo de relacionamento com a mãe do Recém-nascido (RN)

* Quanto ao Centro Obstétrico:

- Acompanhou o pré-parto? Sim () Não ()

- Acompanhou o parto? Sim () Não ()

- Acompanhou os primeiros cuidados com o RN? Sim () Não ()

* Caso não tenha participado de um destes eventos, indicar o motivo:

2) Sentimentos com relação à internação do(a) filho(a) na UTIN

- A gestação foi planejada?

- Reação ao saber que iria ser pai

- Acompanhou a gestação?

- Expectativas para o nascimento do(a) seu (sua) filho(a)

- Como vivenciou o término da gravidez de sua companheira? (ou como vivenciou o nascimento do filho)

- Como foi o parto?

- Sentimentos que teve naquela hora

- Quando soube que o bebê teria que ficar internado na Unidade Neonatal?

- O que sentiu nessa hora? Como enfrentou a notícia?

- O que pensava que iria ocorrer com o bebê?

- O que lhe foi falado sobre a internação na UTIN?

- Como foi para você ter que entrar em uma UTI?

- Quem o recebeu na primeira vez (qual profissional)?

- Quando viu o(a) filho(a) pela primeira vez?

- Quem estava junto?
- Como se deu o primeiro contato físico entre você e seu bebê?
- Com que frequência você fica com ele(a)?
- Quanto tempo fica?
- O que faz quando está com ele(a) lá dentro?
- Onde você fica quando esta com ele (a)?
- Dentro da UTIN, quem você procura quando tem dúvidas?
- Sabe o nome de algum profissional? De quem?
- Qual o profissional que mais lhe ajuda dentro da Unidade?
- Você costuma perguntar sobre seu filho? O que procura saber?
- De que forma você interage com o bebê? Pega no colo? Acaricia? Debruça-se sobre a incubadora? O que sente?
- Você auxilia nos cuidados com ele(a)? Quais?
- O que sente enquanto auxilia ou observa os cuidados?
- Você se sente seguro ao prestar ou ajudar nos cuidados?
- Quando passou a sentir-se seguro (se for o caso)?
- Você divide as atividades com sua companheira?
- Você já fez “canguru” com o bebê?
- O que sente quando realiza o “canguru” (se for o caso)?
- Se não fez, tem vontade de fazer?
- Você observa algum comportamento diferente de seu(sua) filho(a) quando vocês estão em contato?
- Você acha que a equipe da unidade interfere/influencia na sua relação com seu(sua) filho(a)?
- Você acha que sua presença aqui na unidade é valorizada pela equipe? E por sua companheira?
- Quais são suas expectativas no momento?
- Quais suas preocupações maiores preocupações com relação a esta situação?
- O que aponta como pontos positivos dentro da UTIN desde que o bebê foi internado?
- E quais as dificuldades que você sente?
- Que sugestões você tem para melhorar?
- Qual a relação com seus familiares depois da internação de seu(sua) filho(a)?
- Quais suas dificuldades para vir acompanhar seu(sua) filho(a)?

ANEXO

ANEXO 1 – Certificado de aprovação do projeto no Comitê de Ética

Certificado

Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2159

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO


PROCESSO: 2159

FR: 442990

TÍTULO: SENTIMENTOS PATERNOS RELACIONADOS COM A HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO EM UMA UTI NEONATAL

AUTOR: Marisa Monticelli, Amanda Martins, Débora Scheidt, Larissa Rocha

FLORIANÓPOLIS, 03 de Outubro de 2011.


Coordenador do CEPSH UFSC
Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSH UFSC